Deutscher Bundestag **Drucksache 17/3696**

17. Wahlperiode 10. 11. 2010

Beschlussempfehlung und Bericht

des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

a) zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP
– Drucksache 17/3040 –

Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG)

b) zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung
– Drucksachen 17/3360, 17/3441 –

Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG)

c) zu dem Antrag der Abgeordneten Dr. Edgar Franke, Bärbel Bas, Petra Ernstberger, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der SPD
– Drucksache 17/3427 –

Patientenschutz statt Lobbyismus – Keine Vorkasse in der gesetzlichen Krankenversicherung

d) zu dem Antrag der Abgeordneten Dr. Martina Bunge, Kathrin Senger-Schäfer, Harald Weinberg, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 17/1238 –

Solidarische Bürgerinnen- und Bürgerversicherung in Gesundheit und Pflege einführen

e) zu der Unterrichtung durch die Bundesregierung – Drucksache 16/12639 –

Bericht des GKV-Spitzenverbandes über die Erfahrungen mit den durch das GKV-WSG bewirkten Rechtsänderungen in § 13 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

A. Problem

Zu den Buchstaben a und b

Deutschland hat nach Ansicht der Bundesregierung ein leistungsfähiges Gesundheitswesen, das allen Bürgerinnen und Bürgern Zugang zu einer hochwertigen Gesundheitsversorgung biete. Dieses bewährte System stehe jedoch vor großen Herausforderungen, die sich aus dem demografischen Wandel und dem medizinisch-technischen Fortschritt ergäben. Seit vielen Jahren nähmen die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) schneller zu als die beitragspflichtigen Einnahmen. Steigende Beitragssätze führten jedoch zu steigenden Lohnkosten und gefährdeten Arbeitsplätze. Ein unmittelbarer Handlungsbedarf bestehe im Hinblick auf das für das Jahr 2011 zu erwartende Defizit von bis zu 11 Mrd. Euro, das im Rahmen des bestehenden Systems der Zusatzbeiträge viele Krankenkassen in finanzielle Schwierigkeiten bringen und manche sogar in die Insolvenz treiben würde. Damit die Leistungsfähigkeit und die Qualität der medizinischen Versorgung weiterhin erhalten werden könnten, müsse das deutsche Gesundheitssystem vor allem in Richtung auf eine nachhaltige und sozial ausgewogene Finanzierung weiterentwickelt werden. Dazu sei es erforderlich, das geltende Finanzierungssystem der GKV wettbewerbsfreundlicher auszugestalten.

Zu Buchstabe c

Die Antragsteller kritisieren, dass die Bundesregierung eine erhebliche Ausweitung der Kostenerstattungsregelungen in der gesetzlichen Krankenversicherung anstrebe. Die geplanten Änderungen belasteten die Patientinnen und Patienten mit überhöhten Gebühren und führten zu einem unnötigen Bürokratieaufbau bei den Kassen. Mit ihrem Vorhaben eröffne die Bundesregierung der privaten Krankenversicherung (PKV) ein lohnendes neues Geschäftsfeld, begünstige einseitig die niedergelassenen Fachärzte und schaffe letztlich ein Dreiklassensystem aus Privatversicherten sowie gesetzlich Versicherten mit und ohne Kostenerstattung. Insgesamt sei dies als eine Lobbypolitik zugunsten Besserverdienender zu werten, die letztlich die Grundlagen der solidarischen Krankenversicherung aushöhle.

Zu Buchstabe d

Nach Auffassung der Antragsteller hat die seit Jahrzehnten betriebene Kostendämpfungspolitik zunehmende Ungerechtigkeiten bei der Finanzierung des Gesundheitswesens zur Folge gehabt. Während Versicherte und Patienten durch Kürzung oder Streichung von Leistungen sowie durch die Erhebung von Zusatzbeiträgen immer stärker belastet würden, blieben die Arbeitgeber von der Finanzierung des Kostenanstiegs im Gesundheitswesen weitgehend verschont.

Zu Buchstabe e

Durch das zum 1. April 2007 in Kraft getretene GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) sollten die Wahlmöglichkeiten für gesetzlich Krankenversicherte, die sich anstelle des Sachleistungsprinzips für die Kostenerstattung ent-

schieden haben, ausgeweitet und flexibilisiert werden. Die Auswahlmöglichkeiten erstrecken sich nunmehr auf verschiedene Leistungsbereiche. Ferner wurde dem GKV-Spitzenverband mit § 13 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) der Auftrag erteilt, dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zwei Jahre nach Inkrafttreten des GKV-WSG einen Bericht über die Erfahrungen mit der Neuregelung vorzulegen. Dieser Bericht wurde dem BMG mit Schreiben vom 25. März 2009 zugeleitet.

B. Lösung

Zu den Buchstaben a und b

Der Gesetzentwurf enthält im Einzelnen Reformmaßnahmen erstens zur Begrenzung der Ausgaben, zweitens zur Stärkung der Finanzierungsgrundlagen und drittens zu einem gerechten Sozialausgleich:

1. Begrenzung der Ausgaben

- Ein Teil der aktuellen defizitären Finanzentwicklung der GKV ist auf einen Anstieg der Verwaltungskosten zurückzuführen. Daher wird festgelegt, dass die Verwaltungskosten der Krankenkassen in den nächsten beiden Jahren im Vergleich zum Jahr 2010 nicht ansteigen dürfen.
- Für Leistungen, die Krankenhäuser im Vergleich zum jeweiligen Vorjahr zusätzlich vereinbaren (Mehrleistungen), wird ein Abschlag in Höhe von 30 Prozent für das Jahr 2011 festgelegt. Ab 2012 ist der Abschlag vertraglich zu vereinbaren.
- Die Preise für akutstationäre Krankenhausleistungen und die Krankenhausbudgets von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen dürfen in den Jahren 2011 und 2012 lediglich in Höhe der halben statt der vollen Grundlohnrate ansteigen.
- Der Ausgabenzuwachs bei der Vergütung der vertragsärztlichen Versorgung wird in den Jahren 2011 und 2012 begrenzt.
- In § 73b SGB V wird eine Regelung getroffen, die die Mehrkosten der Vergütung ärztlicher Leistungen in der hausarztzentrierten Versorgung gegenüber der hausärztlichen Vergütung in der kollektivvertraglichen Regelversorgung begrenzt.
- Die Punktwerte und Gesamtvergütungen für die vertragszahnärztliche Behandlung ohne Zahnersatz dürfen sich in den Jahren 2011 und 2012 jeweils höchstens um die Hälfte der für das jeweilige Jahr festgestellten Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen erhöhen.

2. Stärkung der Finanzierungsgrundlagen

- Die aufgrund der Wirtschafts- und Finanzkrise mit Steuermitteln im Jahr 2009 finanzierte vorübergehende Absenkung des Beitragssatzes der Krankenkassen um 0,6 Prozentpunkte läuft zum Jahresende 2010 aus. Damit wird der paritätisch finanzierte Beitragssatz für Arbeitgeber und Arbeitnehmer wieder auf 14,6 Prozent angehoben, zuzüglich des mitgliederbezogenen Beitragsanteils von 0,9 Prozentpunkten.
- Der Arbeitgeberbeitrag wird auf der Höhe von 7,3 Prozent festgeschrieben.
- Unvermeidbare, die Einnahmen übersteigende Ausgabenzuwächse werden durch einkommensunabhängige, kassenindividuell festzulegende Zusatzbeiträge der Mitglieder finanziert. Damit erhielten die Krankenkassen die für eine wettbewerbliche Ausrichtung unerlässliche Beitragsautonomie. Zudem könnten die Versicherten künftig Preise und Leistungen der verschiedenen Krankenkassen besser miteinander vergleichen.

3. Gerechter Sozialausgleich

Damit die Beitragszahler vor einer unverhältnismäßigen Belastung geschützt sind, wird ein Sozialausgleich eingeführt. Übersteigt der durchschnittliche Zusatzbeitrag 2 Prozent des individuellen sozialversicherungspflichtigen Einkommens, erfolgt ein Sozialausgleich. Der Sozialausgleich wird durchgeführt, indem der monatliche einkommensabhängige Beitragssatzanteil des Mitglieds individuell verringert wird. Er orientiert sich am durchschnittlichen Zusatzbeitrag und nicht am jeweiligen tatsächlich erhobenen Zusatzbeitrag der gewählten Krankenkasse. Der Sozialausgleich erfolgt aus Bundesmitteln.

Annahme des Gesetzentwurfs auf Drucksache 17/3040 in geänderter Fassung mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

Einstimmige Erledigterklärung des Gesetzentwurfs auf Drucksachen 17/3360, 17/3441.

Zu Buchstabe c

Die Bundesregierung wird aufgefordert, erstens keine Ausweitung der Kostenerstattung in der gesetzlichen Krankenversicherung vorzunehmen und zweitens am Sachleistungsprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung festzuhalten.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 17/3427 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

Zu Buchstabe d

Die Bundesregierung wird aufgefordert, ein Gesetz vorzulegen, durch das eine solidarische Bürgerinnen- und Bürgerversicherung in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung eingeführt werden soll. Das Gesetz soll folgende Bestimmungen enthalten: Einführung eines allgemeinen individuellen Kranken- und Pflegeversicherungsanspruchs ab der Geburt, Einbeziehung aller bisher privat versicherten Personengruppen in die Bürgerinnen- und Bürgerversicherung, Einbeziehung aller Einkommensarten in die Beitragsbemessung sowie Wiederherstellung der paritätischen Beitragsfinanzierung.

Ablehnung des Antrags auf Drucksache 17/1238 mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion der SPD.

Zu Buchstabe e

Dem Bericht ist zu entnehmen, dass die gesetzlich Krankenversicherten trotz der erweiterten Möglichkeiten bei der Wahl der Kostenerstattung nach wie vor das Sachleistungsprinzip eindeutig bevorzugen. Kostenerstattung wird nur von einem äußerst kleinen Teil der rund 70,2 Millionen gesetzlich Krankenversicherten gewählt. Vor Inkrafttreten des GKV-WSG waren es rund 122 000 Versicherte oder 0,17 Prozent und danach – im zweiten Halbjahr 2008 – rund 132 000 Personen oder 0,19 Prozent aller gesetzlich Versicherten.

Einstimmige Kenntnisnahme der Unterrichtung auf Drucksache 16/12639.

C. Alternativen

Ablehnung des Gesetzentwurfs auf Drucksache 17/3040 und Annahme eines der beiden Anträge.

D. Finanzielle Auswirkungen auf die öffentlichen Haushalte

Zu den Buchstaben a und b

Die Maßnahmen dieses Gesetzes sind mit finanziellen Auswirkungen vor allem für die GKV verbunden. Weitere finanzielle Auswirkungen ergeben sich für Bund, Länder und Gemeinden sowie für die Gesetzliche Rentenversicherung und die Bundesagentur für Arbeit.

1. Bund

Der Bund wird als Arbeitgeber durch die Anhebung des einheitlichen Beitragssatzes mit rund 15 Mio. Euro belastet. Die Mehrausgaben sind in den jeweiligen Einzelplänen aufzufangen. Zudem wird der Bund im Jahre 2011 mit rund 200 Mio. Euro durch die Erhöhung der von ihm zu tragenden Beiträge von Beziehern von Arbeitslosengeld II im Bereich des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch (SGB II) sowie durch Beteiligung an der knappschaftlichen Rentenversicherung (jährlich rund 25 Mio. Euro) und an den Erstattungen gegenüber der Rentenversicherung für Renten- und Beitragslasten aus den ehemaligen Zusatz- und Sonderversorgungssystemen der DDR (jährlich rund 5 Mio. Euro) belastet. Die überwiegenden Mehrkosten fallen somit im Bereich des SGB II an und hängen in den folgenden Jahren von der tatsächlichen Entwicklung der Zahl der Hilfebedürftigen ab.

Durch die Beitragssatzanhebungen entstehen für den Bund im Bereich der Ausgaben für Wehr- und Zivildienstleistende Mehrausgaben in einem niedrigen einstelligen Millionenbetrag. Durch die ausgabenbegrenzenden Regelungen im Bereich der Beihilfe entstehen Minderausgaben, die sich ebenfalls in einem niedrigen einstelligen Millionenbereich bewegen.

Die ausgabenbegrenzenden Regelungen dieses Gesetzes führen im Bereich der landwirtschaftlichen Krankenversicherung zu einer finanziellen Entlastung des Bundes beim Bundeszuschuss zur Krankenversicherung der Landwirte für den Bund von rund 7,5 Mio. Euro im Jahr 2011 bzw. rund 8,4 Mio. Euro im Jahr 2012.

Der Sozialausgleich wird in den Jahren 2011 bis 2014 aus Mitteln der Liquiditätsreserve finanziert.

Die Anhebung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung verursacht Steuerausfälle, weil die Arbeitnehmerbeiträge als Sonderausgaben abziehbar sind. Die jährlichen Steuermindereinnahmen betragen schätzungsweise 590 Mio. Euro (Bund ca. 250 Mio. Euro, Länder ca. 250 Mio. Euro, Gemeinden ca. 90 Mio. Euro), bei der Einkommensteuer sowie rund 30 Mio. Euro beim Solidaritätszuschlag (jeweils volle Jahreswirkung). Die Erhöhung der Arbeitgeberbeiträge führt zu einem höheren Betriebsausgabenabzug und somit ebenfalls zu Steuerausfällen. Zu berücksichtigen ist aber, dass die Arbeitgeber bestrebt sind, die Mehrkosten zu kompensieren. In welchem Umfang dies gelingt, lässt sich nicht abschätzen. Eine aussagefähige Bezifferung der tatsächlichen Steuermindereinnahmen ist somit nicht möglich.

Zu dem für den Bund durch die Regelung dieses Gesetzes entstehenden Vollzugsaufwand siehe unter Abschnitt F – Bürokratiekosten.

2. Länder und Gemeinden

Die Länder und Gemeinden werden als Arbeitgeber durch die Anhebung des einheitlichen Beitragssatzes um jährlich rund 145 Mio. Euro und durch die Beteiligung der Länder an kleineren Systemen um jährlich rund 25 Mio. Euro belastet.

Zu dem für Länder und Gemeinden durch die Regelung dieses Gesetzes entstehenden Vollzugsaufwand siehe unter Abschnitt F – Bürokratiekosten.

Durch die ausgabenbegrenzenden Regelungen im Bereich der Krankenhausfinanzierung entstehen Ländern und Gemeinden im Rahmen der Beihilfe Entlastungen in geringem nicht quantifizierbarem Umfang.

3. Gesetzliche Krankenversicherung

Durch die Maßnahmen dieses Gesetzes wird die gesetzliche Krankenversicherung durch höhere Beitragseinnahmen und ausgabenbegrenzende Regelungen finanziell entlastet.

Jährliche Mehreinnahmen in einer Größenordnung von rund 6,3 Mrd. Euro ab dem Jahr 2011 ergeben sich für die GKV aus der Erhöhung des einheitlichen Beitragssatzes um 0,6 Beitragssatzpunkte. Aus der Erleichterung des Wechsels gesetzlich versicherter Personen in die PKV können sich grob geschätzt ab 2011 jährliche Mindereinnahmen in einer Größenordnung von rund 200 Mio. Euro ergeben. Zusammen mit den im Haushaltsbegleitgesetz 2011 (Bundesratsdrucksache 532/10) vorgesehenen, aus der Bereitstellung eines weiteren Bundeszuschusses von 2 Mrd. Euro resultierenden Mehreinnahmen ergeben sich im Jahr 2011 Mehreinnahmen der GKV in Höhe von rund 8 Mrd. Euro.

Ab dem Jahr 2015 sollen zur Finanzierung des Sozialausgleichs weitere Zahlungen aus Bundesmitteln gewährt werden.

Durch ausgabenbegrenzende Maßnahmen bei Leistungserbringern und Krankenkassen ergeben sich aus diesem Gesetz folgende Einsparungen:

- Begrenzung der Verwaltungskosten der Krankenkassen auf das Niveau 2010: rund 300 Mio. Euro in 2011 und zusätzlich rund 300 Mio. Euro in 2012,
- Begrenzung des Preisanstiegs der Fallpauschalen für akutstationäre Leistungen und Begrenzung des Anstiegs der Krankenhausbudgets von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen auf die Hälfte der Grundlohnrate: rund 150 Mio. Euro in 2011 und zusätzlich rund 300 Mio. Euro in 2012,
- Mehrleistungsabschläge bei Krankenhäusern: rund 350 Mio. Euro in 2011 und rund 270 Mio. Euro ab 2012,
- Begrenzung des Anstiegs der zahnärztlichen Vergütung für Zahnbehandlung auf die Hälfte der Grundlohnrate: rund 20 Mio. Euro in 2011, zusätzlich rund 40 Mio. Euro in 2012,
- durch die Begrenzung der Vergütungen im Bereich der hausarztzentrierten Versorgung werden Mehrausgaben in einer Größenordnung von bis zu 500 Mio. Euro vermieden.

Zusammen mit den ausgabenbegrenzenden Regelungen im Bereich der Arzneimittel- und Impfstoffversorgung, die im Rahmen des Gesetzes zur Änderung krankenversicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften vom 29. Juli 2010 (BGBl. I S. 983) sowie des Gesetzes zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung (Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz – AMNOG) (Drucksache 17/2413) geregelt werden, ergeben sich für die GKV im Jahr 2011 Einsparungen in einer geschätzten Größenordnung von rund 3,5 Mrd. Euro und rund 4 Mrd. Euro in 2012.

4. Soziale Pflegeversicherung

Aus der Erleichterung des Wechsels gesetzlich krankenversicherter Personen aus der sozialen Pflegeversicherung in die private Pflegepflichtversicherung können sich ab 2011 grob geschätzt Mindereinnahmen von rund 40 Mio. Euro ergeben.

5. Gesetzliche Rentenversicherung

In der gesetzlichen Rentenversicherung steigen die Ausgaben infolge der Anhebung des paritätisch finanzierten einheitlichen Beitragssatzes um rund

660 Mio. Euro im Jahr 2011, die bis zum Jahr 2014 auf rund 680 Mio. Euro jährlich aufwachsen.

6. Bundesagentur für Arbeit

Die Mehrausgaben für die Krankenversicherung der Arbeitslosengeldbezieher nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch (Haushalt der Bundesagentur für Arbeit) wegen der Anhebung des paritätisch finanzierten Beitragssatzes belaufen sich im Jahr 2011 auf rund 120 Mio. Euro. Die Mehrkosten in den folgenden Jahren hängen von den tatsächlichen Entwicklungen am Arbeitsmarkt ab.

7. Gesetzliche Unfallversicherung

Wegen der Anhebung des paritätisch finanzierten einheitlichen Beitragssatzes steigen im Jahr 2011 die Ausgaben um rund 3,5 Mio. Euro und verharren dann auf diesem Niveau.

Zu Buchstabe c

Finanzielle Auswirkungen auf die öffentlichen Haushalte wurden nicht erörtert.

Zu Buchstabe d

Finanzielle Auswirkungen auf die öffentlichen Haushalte wurden nicht erörtert.

Zu Buchstabe e

Finanzielle Auswirkungen auf die öffentlichen Haushalte wurden nicht erörtert.

E. Sonstige Kosten

Zu den Buchstaben a und b

Die Arbeitgeber tragen Veränderungen des paritätisch finanzierten Beitragssatzniveaus der bei ihnen beschäftigten Arbeitnehmer zur Hälfte. Die jährliche Belastung der Unternehmen entspricht bei einer Erhöhung des Beitragssatzniveaus um insgesamt 0,6 Beitragssatzpunkte einer Größenordnung von circa 2 Mrd. Euro. Weitere finanzielle Auswirkungen auf die Wirtschaft und insbesondere auch auf mittelständische Unternehmen entstehen mit diesem Gesetz nicht.

Gesetzlich krankenversicherte Arbeitnehmer werden in ihrer Gesamtheit durch die Erhöhung des paritätisch finanzierten Beitragssatzniveaus in ähnlichem Umfang belastet wie die Arbeitgeber. Für gesetzlich krankenversicherte Rentner entspricht das Belastungsvolumen der Belastung der gesetzlichen Rentenversicherung.

Aus der Anhebung des paritätisch finanzierten Beitragssatzes auf das vor dem 1. Juli 2009 geltende Niveau ergeben sich wegen des im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt geringen Umfangs der finanziellen Belastungen isoliert betrachtet allenfalls geringe, nicht quantifizierbare Auswirkungen auf das allgemeine Preisniveau und das Verbraucherpreisniveau.

Nennenswerte Auswirkungen auf die Einzelpreise von Waren und Dienstleistungen im Gesundheitssektor werden nicht hervorgerufen.

Zu Buchstabe c

Sonstige Kosten wurden nicht erörtert.

Zu Buchstabe d

Nach Ansicht der Antragsteller wäre mit der Einführung einer solidarischen Bürgerinnen- und Bürgerversicherung ein Beitragssatz von etwa 10 Prozent möglich, und zwar je 5 Prozent für Arbeitgeber und abhängig Beschäftigte bzw. Rentnerinnen und Rentner, und dies ohne Praxisgebühr und andere Zuzahlungen.

Zu Buchstabe e

Sonstige Kosten wurden nicht erörtert.

F. Bürokratiekosten

Zu den Buchstaben a und b

Der vorliegende Gesetzentwurf enthält folgende Informationspflichten, die geringe Bürokratiekosten für die Wirtschaft oder die Verwaltung verursachen:

Den Arbeitgebern entstehen aufgrund der Durchführung des Sozialausgleichs für den Zusatzbeitrag der Versicherten zur gesetzlichen Krankenversicherung und hieraus resultierenden neuen Meldepflichten Mehrbelastungen durch den erforderlichen Verwaltungsaufwand. Die Mehrkosten aufgrund regelmäßiger Datenmeldungen an die Krankenkassen belaufen sich auf ca. 3 Mio. Euro jährlich. Die einmaligen Umstellungskosten im Rahmen der Softwareanpassung können nicht gesondert beziffert werden. Für die eigentliche Durchführung des Sozialausgleichs werden in den nächsten Jahren allenfalls sehr geringe Kosten anfallen, die jedoch perspektivisch steigen werden. Aufgrund der Umsetzung des Sozialausgleichs im Rahmen EDV-gestützter Abrechnungen werden diese Kosten jedoch als gering eingeschätzt.

Den Sozialversicherungsträgern sowie der Bundesagentur für Arbeit und der Künstlersozialkasse entstehen aufgrund der Durchführung des Sozialausgleichs für den Zusatzbeitrag der Versicherten zur gesetzlichen Krankenversicherung geringe Mehrbelastungen durch den erforderlichen Verwaltungsaufwand. Für die Versicherten erfolgt der Ausgleich bei der Beitragsberechnung durch den Arbeitgeber grundsätzlich automatisch.

Mit einer Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) wird vorgegeben, dass Mehrleistungsabschläge in der Rechnung der Krankenhäuser gesondert auszuweisen sind. Der bürokratische Aufwand hierfür ist als äußerst gering einzustufen, da die Rechnungslegung in den Krankenhäusern über die Krankenhausinformationssysteme automatisch erfolgt und die Informationspflicht durch eine einmalige Umprogrammierung der Krankenhausinformationssysteme umgesetzt werden kann, die zudem bereits im Jahr 2009 aufgrund des geltenden § 4 Absatz 2a KHEntgG erforderlich war.

Die Neuregelungen bei den hausarztzentrierten Verträgen sehen vor, dass die Krankenkassen den für sie zuständigen Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder einen von ihnen geschlossenen Hausarztvertrag vorzulegen haben. Bislang war eine solche Vorlagepflicht nur gegenüber den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder vorgesehen. Eine relevante Mehrbelastung für die Krankenkassen entsteht hierdurch aber nicht.

Beim Bundesversicherungsamt entstehen zusätzliche Aufwendungen für Personal- und Sachmittel. Der Mehrbedarf soll finanziell und stellenmäßig im Einzelplan 11 ausgeglichen werden.

Mit den Regelungen in der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung werden zwei Informationspflichten für die Verwaltung (Krankenkassen und Bundesversicherungsamt) geändert.

Für die Bürgerinnen und Bürger entstehen keine Bürokratiekosten.

Zu Buchstabe c

Nach Ansicht der Antragsteller führt die von der Bundesregierung geplante Ausweitung der Kostenerstattungsregelungen in der gesetzlichen Krankenversicherung zu einem Bürokratieaufbau bei den Kassen und zu nicht abschätzbaren Mehrkosten, weil Wirtschaftlichkeitsprüfungen und andere Kontrollen erschwert würden.

Zu Buchstabe d

Bürokratiekosten wurden nicht erörtert.

Zu Buchstabe e

Bürokratiekosten wurden nicht erörtert.

Beschlussempfehlung

Der Bundestag wolle beschließen,

in Kenntnis der Unterrichtung auf Drucksache 16/12639

a) den Gesetzentwurf auf Drucksache 17/3040 in der aus der nachstehenden Zusammenstellung ersichtlichen Fassung anzunehmen,

b) den Gesetzentwurf auf Drucksachen 17/3360, 17/3441 für erledigt zu erklären,

c) den Antrag auf Drucksache 17/3427 abzulehnen,

d) den Antrag auf Drucksache 17/1238 abzulehnen.

Berlin, den 10. November 2010

Der Ausschuss für Gesundheit

Dr. Carola Reimann Vorsitzende	**Jens Spahn** Berichterstatter	**Dr. Karl Lauterbach** Berichterstatter	**Ulrike Flach** Berichterstatterin
	Harald Weinberg Berichterstatter	**Birgitt Bender** Berichterstatterin	

Zusammenstellung

zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung – Drucksache 17/3040 – mit den Beschlüssen des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG)	**Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG)**
Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:	Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:
Artikel 1	**Artikel 1**
Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	**Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**
Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 24. Juli 2010 (BGBl. I S. 983) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:	Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 24. Juli 2010 (BGBl. I S. 983) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
1. § 4 *Absatz 4 Satz 2 bis 9* wird *durch die folgenden Sätze ersetzt*:	1. § 4 wird **wie folgt geändert**:
	a) Absatz 4 Satz 2 bis 9 wird durch die folgenden Sätze ersetzt:
„Die Verwaltungsausgaben der einzelnen Krankenkasse dürfen sich in den Jahren 2011 und 2012 gegenüber dem Jahr 2010 nicht erhöhen. Zu den Verwaltungsausgaben zählen auch die Kosten der Krankenkasse für die Durchführung ihrer Verwaltungsaufgaben durch Dritte. Abweichend von Satz 2 sind *Veränderungen der für die Zuweisung nach § 270 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe c maßgeblichen Bestimmungsgrößen zu berücksichtigen. Die Sätze 2 und 3 gelten für die Verbände der Krankenkassen entsprechend.“*	„Die Verwaltungsausgaben der einzelnen Krankenkasse dürfen sich in den Jahren 2011 und 2012 gegenüber dem Jahr 2010 nicht erhöhen. Zu den Verwaltungsausgaben zählen auch die Kosten der Krankenkasse für die Durchführung ihrer Verwaltungsaufgaben durch Dritte. Abweichend von Satz 2 sind
	1. Veränderungen der für die Zuweisung nach § 270 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe c maßgeblichen Bestimmungsgrößen sowie
	2. Erhöhungen der Verwaltungsausgaben, die auf der Durchführung der Sozialversicherungswahlen beruhen, es sei denn, dass das Wahlverfahren nach § 46 Absatz 2 des Vierten Buches durchgeführt wird,
	zu berücksichtigen. In Fällen unabweisbaren personellen Mehrbedarfs durch gesetzlich neu zugewiesene Aufgaben kann die Aufsichtsbehörde eine Ausnahme von Satz 2 zulassen, soweit die Krankenkasse nachweist, dass der Mehrbedarf nicht durch Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven gedeckt werden kann. Die Sätze 2 und 3, Satz 4

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	Nummer 2 und Satz 5 gelten für die Verbände der Krankenkassen entsprechend.“
	b) Die folgenden Absätze 5 und 6 werden angefügt:
	„(5) In den Verwaltungsvorschriften nach § 78 Satz 1 und § 77 Absatz 1a des Vierten Buches ist sicherzustellen, dass Verwaltungsausgaben, die der Werbung neuer Mitglieder dienen, nach für alle Krankenkassen gleichen Grundsätzen gebucht werden.
	(6) Bei Krankenkassen, die bis zum 31. Dezember 2011 nicht an mindestens 10 Prozent ihrer Versicherten elektronische Gesundheitskarten nach § 291a ausgegeben haben, reduzieren sich abweichend von Absatz 4 Satz 2 die Verwaltungsausgaben im Jahr 2012 gegenüber dem Jahr 2010 um 2 Prozent. § 291a Absatz 7 Satz 7 gilt entsprechend. Für die Bestimmung des Versichertenanteils ist die Zahl der Versicherten am 1. Juli 2011 maßgeblich.“
2. § 6 wird wie folgt geändert:	2. unverändert
a) In Absatz 1 Nummer 1 werden die Wörter „und in drei aufeinander folgenden Kalenderjahren überstiegen hat“ gestrichen.	
b) Absatz 4 wird wie folgt geändert:	
aa) Satz 1 wird wie folgt gefasst:	
„Wird die Jahresarbeitsentgeltgrenze überschritten, endet die Versicherungspflicht mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem sie überschritten wird.“	
bb) Die Sätze 4 bis 6 werden aufgehoben.	
c) Absatz 9 wird aufgehoben.	
	2a. In § 8 Absatz 1 Nummer 3 werden nach dem Wort „erfüllt“ die Wörter „, sowie für Beschäftigte, die im Anschluss an die Zeiten des Bezugs von Elterngeld oder der Inanspruchnahme von Elternzeit oder Pflegezeit ein Beschäftigungsverhältnis im Sinne des ersten Teilsatzes aufnehmen, das bei Vollbeschäftigung zur Versicherungsfreiheit nach § 6 Absatz 1 Nummer 1 führen würde“ eingefügt und das Komma am Ende durch die Wörter „ ; Zeiten des Bezugs von Erziehungsgeld oder Elterngeld oder der Inanspruchnahme von Elternzeit oder Pflegezeit werden angerechnet,“ ersetzt.
3. § 9 wird wie folgt geändert:	3. unverändert
a) Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 wird wie folgt gefasst:	
„3. Personen, die erstmals eine Beschäftigung im Inland aufnehmen und nach § 6 Absatz 1 Nummer 1 versicherungsfrei sind; Beschäftigungen vor oder während der beruflichen Ausbildung bleiben unberücksichtigt,“.	
b) Absatz 2 Nummer 3 wird wie folgt gefasst:	
„3. im Falle des Absatzes 1 Satz 1 Nummer 3 nach Aufnahme der Beschäftigung,“.	

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

3a. § 13 Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie ihre Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Leistung in Kenntnis zu setzen. Der Leistungserbringer hat die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung darüber zu informieren, dass Kosten, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden, von dem Versicherten zu tragen sind. Eine Einschränkung der Wahl auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen ist möglich. Nicht im Vierten Kapitel genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Krankenkasse in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist. Die Inanspruchnahme von Leistungserbringern nach § 95b Absatz 3 Satz 1 im Wege der Kostenerstattung ist ausgeschlossen. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte. Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. Sie kann dabei Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten in Höhe von höchstens 5 Prozent in Abzug bringen. Im Falle der Kostenerstattung nach § 129 Absatz 1 Satz 5 sind die der Krankenkasse entgangenen Rabatte nach § 130a Absatz 8 sowie die Mehrkosten im Vergleich zur Abgabe eines Arzneimittels nach § 129 Absatz 1 Satz 3 und 4 zu berücksichtigen; die Abschläge sollen pauschaliert werden. Die Versicherten sind an ihre Wahl der Kostenerstattung mindestens ein Kalendervierteljahr gebunden“.

3b. § 43b Absatz 3 wird wie folgt geändert:

a) In Satz 7 werden die Wörter „Vollstreckungsverfahren und“ gestrichen.

b) Nach Satz 7 wird folgender Satz eingefügt:

„Das Vollstreckungsverfahren für Zuzahlungen nach § 39 Absatz 4 wird von der zuständigen Krankenkasse durchgeführt.“

c) Der bisherige Satz 9 wird wie folgt gefasst:

„Soweit die Einziehung der Zuzahlung durch das Krankenhaus erfolglos bleibt, verringert sich abweichend von Satz 1 der Vergütungsanspruch des Krankenhauses gegenüber der Krankenkasse nicht.“

3c. § 53 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 4 Satz 3 werden die Wörter „Satz 2 bis 4“ durch die Wörter „Satz 2 und 3“ ersetzt.

b) Absatz 8 Satz 1 und 2 wird wie folgt gefasst:

„Die Mindestbindungsfrist beträgt für die Wahltarife nach den Absätzen 2, 4 und 5 ein Jahr und für die Wahltarife nach den Absätzen 1 und 6 drei

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

Jahre; für die Wahltarife nach Absatz 3 gilt keine Mindestbindungsfrist. Die Mitgliedschaft kann frühestens zum Ablauf der Mindestbindungsfrist nach Satz 1, aber nicht vor Ablauf der Mindestbindungsfrist nach § 175 Absatz 4 Satz 1 gekündigt werden; § 175 Absatz 4 Satz 5 gilt mit Ausnahme für Mitglieder in Wahltarifen nach Absatz 6.“

c) Absatz 9 wird wie folgt gefasst:

„(9) Die Aufwendungen für jeden Wahltarif müssen jeweils aus Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen aus diesen Wahltarifen auf Dauer finanziert werden. Die Krankenkassen haben darüber der zuständigen Aufsichtsbehörde regelmäßig, mindestens alle drei Jahre, Rechenschaft abzulegen. Sie haben hierzu ein versicherungsmathematisches Gutachten vorzulegen über die wesentlichen versicherungsmathematischen Annahmen, die der Berechnung der Beiträge und der versicherungstechnischen Rückstellungen der Wahltarife zugrunde liegen.“

Entwurf:

4. § 71 wird wie folgt geändert:

   a) Absatz 2 Satz 3 wird aufgehoben.

   b) Absatz 3 wird wie folgt geändert:

      aa) In Satz 1 werden die Wörter „anzuwendenden durchschnittlichen Veränderungsraten der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen (§ 267 Abs. 1 Nr. 2) je Mitglied getrennt nach dem gesamten Bundesgebiet, dem Gebiet der in Artikel 1 Abs. 1 des Einigungsvertrages genannten Länder und dem übrigen Bundesgebiet“ durch die Wörter „anzuwendende durchschnittliche Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied“ ersetzt.

      bb) Satz 2 wird wie folgt gefasst:

      „Grundlage sind die monatlichen Erhebungen der Krankenkassen und die vierteljährlichen Rechnungsergebnisse des Gesundheitsfonds, die die beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen ausweisen.“

      cc) Satz 4 wird aufgehoben.

   c) Absatz 3a wird aufgehoben.

   d) In Absatz 4 Satz 1 wird die Angabe „85a,“ gestrichen.

   e) In Absatz 5 wird die Angabe „73b,“ gestrichen.

Beschlüsse:

4. unverändert

Entwurf:

5. § 73b wird wie folgt geändert:

   a) Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 5a eingefügt:

   „(5a) In Verträgen nach Absatz 4, die nach dem 22. September 2010 zustande kommen, ist bei der nach Absatz 5 Satz 1 zu vereinbarenden Vergütung der Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71) zu beachten. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität wird insbesondere erfüllt, wenn die Vertragsparteien vereinbaren, dass der rechnerische durchschnittliche

Beschlüsse:

5. § 73b wird wie folgt geändert:

   a) Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 5a eingefügt:

   „(5a) In Verträgen nach Absatz 4, die nach dem 22. September 2010 zustande kommen, ist bei der nach Absatz 5 Satz 1 zu vereinbarenden Vergütung der Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71) zu beachten. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität wird insbesondere erfüllt, wenn die Vertragsparteien vereinbaren, dass der rechnerische durchschnittliche

Entwurf

Fallwert nicht den sich in der Kassenärztlichen Vereinigung ergebenden rechnerischen durchschnittlichen Fallwert aller an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte überschreitet; der sich in der Kassenärztlichen Vereinigung ergebende Fallwert ist dabei um Vergütungsanteile für Leistungen zu bereinigen, die nicht Gegenstand des Vertrages nach Absatz 4 sind. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität wird auch erfüllt, wenn die Vergütung je Versicherten nicht den Bereinigungsbetrag je Versicherten, der auf Grund des Verfahrens nach Absatz 7 Satz 2 ermittelt wird, überschreitet. Bei Verträgen, die vor dem 22. September 2010 zustande gekommen sind, ist auch bei Anschlussvereinbarungen mit Geltungsdauer bis einschließlich *31. Dezember 2012* § 73b in der bis zum 21. September 2010 geltenden Fassung anzuwenden."

b) In Absatz 8 werden die Wörter„können vereinbaren, dass Aufwendungen für" durch die Wörter„haben bei Vereinbarungen über" ersetzt und werden vor den Wörtern „aus Einsparungen" die Wörter „vertraglich sicherzustellen, dass Aufwendungen für diese Leistungen" eingefügt.

c) Folgender Absatz 9 wird angefügt:

„(9) Verträge nach Absatz 4, die nach dem 22. September 2010 zustande kommen, sind der für die Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde vorzulegen. Die Aufsichtsbehörde kann die Verträge innerhalb von zwei Monaten beanstanden. Im Rahmen der Prüfung hat die Aufsichtsbehörde insbesondere auch die Einhaltung der Vorgabe nach Absatz 8 zu prüfen. Sie kann zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen anfordern; bis zum Eingang der Auskünfte ist der Lauf der Frist nach Satz 2 unterbrochen. Die Sätze 1 bis 4 gelten entsprechend für Verträge, die in einem Schiedsverfahren nach Absatz 4a Satz 1 festgelegt werden; die Schiedsperson hat den Vertrag vorzulegen."

6. § 85 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 2c wird folgender Absatz 2d eingefügt:

„(2d) Die am 31. Dezember 2010 geltenden Punktwerte für zahnärztliche Leistungen ohne Zahnersatz dürfen sich *in den Jahren* 2011 *und 2012 jeweils* höchstens um die *Hälfte der* nach § 71 Absatz 3 für das gesamte Bundesgebiet festgestellte*n* Veränderungsrate verändern; dies gilt nicht für Leistungen der Individualprophylaxe und Früherkennung."

b) Nach Absatz 3e wird folgender Absatz 3f eingefügt:

„(3f) Die nach Absatz 3 zu vereinbarenden Veränderungen der Gesamtvergütungen als Ausgabenvolu-

Beschlüsse des 14. Ausschusses

Fallwert nicht den sich in der Kassenärztlichen Vereinigung ergebenden rechnerischen durchschnittlichen Fallwert aller an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte überschreitet; der sich in der Kassenärztlichen Vereinigung ergebende Fallwert ist dabei um Vergütungsanteile für Leistungen zu bereinigen, die nicht Gegenstand des Vertrages nach Absatz 4 sind. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität wird auch erfüllt, wenn die Vergütung je Versicherten nicht den Bereinigungsbetrag je Versicherten, der auf Grund des Verfahrens nach Absatz 7 Satz 2 ermittelt wird, überschreitet. **Die in den Sätzen 2 und 3 genannten Werte können überschritten werden, wenn vertraglich sichergestellt wird, dass diese Mehraufwendungen durch Einsparungen und Effizienzsteigerungen, die aus den Maßnahmen von Verträgen nach Absatz 4 erzielt werden, finanziert werden.** Bei Verträgen, die vor dem 22. September 2010 zustande gekommen sind, ist auch bei Anschlussvereinbarungen mit Geltungsdauer bis einschließlich **30. Juni 2014** § 73b in der bis zum 21. September 2010 geltenden Fassung anzuwenden."

b) unverändert

c) unverändert

6. § 85 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 2c wird folgender Absatz 2d eingefügt:

„(2d) Die am 31. Dezember 2010 geltenden Punktwerte für zahnärztliche Leistungen ohne Zahnersatz dürfen sich **im Jahr** 2011 höchstens um die **um 0,25 Prozentpunkte verminderte und im Jahr 2012 höchstens um die um 0,5 Prozentpunkte verminderte** nach § 71 Absatz 3 für das gesamte Bundesgebiet festgestellte Veränderungsrate verändern; dies gilt nicht für Leistungen der Individualprophylaxe und Früherkennung."

b) Nach Absatz 3e wird folgender Absatz 3f eingefügt:

„(3f) Die nach Absatz 3 zu vereinbarenden Veränderungen der Gesamtvergütungen als Ausgabenvolu-

Entwurf

men für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragszahnärztlichen Leistungen ohne Zahnersatz dürfen sich *in den Jahren* 2011 *und 2012 jeweils* höchstens um die *Hälfte der* nach § 71 Absatz 3 für das gesamte Bundesgebiet festgestellte*n* Veränderungsrate verändern; dies gilt nicht für Leistungen der Individualprophylaxe und Früherkennung."

7. Dem § 87 wird folgender Absatz 9 angefügt:

„(9) Der für ärztliche Leistungen zuständige Bewertungsausschuss legt dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. April 2011 ein Konzept für eine schrittweise Konvergenz der Vergütungen vor. Das Bundesministerium für Gesundheit legt das Konzept umgehend dem Deutschen Bundestag vor."

8. Nach § 87c wird folgender § 87d eingefügt:

„§ 87d
Vergütung vertragsärztlicher Leistungen in den Jahren 2011 und 2012

(1) Für die Jahre 2011 und 2012 ist kein Beschluss nach § 87 Absatz 2g zur Anpassung der Orientierungswerte nach § 87 Absatz 2e zu treffen. Die Festlegungen nach § 87 Absatz 2e Satz 1 Nummer 2 und 3 werden im Jahr 2011 und 2012 nicht angewendet. Die in § 87a Absatz 2 Satz 1 genannten Punktwerte werden für die Jahre 2011 und 2012 nicht angepasst. Die nach § 87a Absatz 2 Satz 2 bis 5 für das Jahr 2010 vereinbarten Zuschläge dürfen mit Wirkung für die Jahre 2011 und 2012 in der Höhe nicht angepasst und darüber hinausgehende Zuschläge auf die Orientierungswerte nicht vereinbart werden. Für die Jahre 2011 und 2012 ist kein Beschluss nach § 87 Absatz 2f zu treffen. Die regionale Eurogebührenordnung, die nach § 87a Absatz 2 Satz 6 zweiter Halbsatz zu erstellen ist, enthält für die Jahre 2011 und 2012 ausschließlich Preise für den Regelfall.

(2) Die nach § 87a Absatz 3 und 4 von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung an die jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen zu zahlenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen sind für das Jahr 2011 bis spätestens vier Wochen nach der in Satz 7 genannten Frist sowie für das Jahr 2012 bis spätestens zum 31. Oktober 2011 nach Maßgabe dieses Absatzes zu ermitteln. Der Behandlungsbedarf für das Jahr 2011 ist je Krankenkasse zu ermitteln, indem der für das Jahr 2010 vereinbarte, bereinigte und basiswirksam um *0,75* Prozent erhöhte Behandlungsbedarf je Versicherten mit der voraussichtlichen Zahl der Versicherten der Krankenkasse im Jahr 2011 multipliziert wird. § 87a Absatz 3 Satz 5 zweiter Halbsatz bleibt unberührt. Zusätzlich ist der Behandlungsbedarf je Versicherten mit Wohnort im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung für das Jahr 2011 je Krankenkasse um einen nicht nach Krankenkassen differenzierten regionalen Anpassungsfaktor zu erhöhen, soweit sich nach Berechnungen gemäß Satz 7 ein Anpassungsbedarf ergibt. Der sich aus Satz 2 bis 4 ergebende angepasste Behandlungsbedarf für das Jahr 2011 wird mit den in Absatz 1 Satz 3 genannten Punktwerten in Euro bewertet. Die Regelungen nach § 87a Absatz 3 Satz 4 sowie

Beschlüsse des 14. Ausschusses

men für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragszahnärztlichen Leistungen ohne Zahnersatz dürfen sich **im Jahr** 2011 höchstens um die **um 0,25 Prozentpunkte verminderte und im Jahr 2012 höchstens um die um 0,5 Prozentpunkte verminderte** nach § 71 Absatz 3 für das gesamte Bundesgebiet festgestellte Veränderungsrate verändern; dies gilt nicht für Leistungen der Individualprophylaxe und Früherkennung."

7. unverändert

8. Nach § 87c wird folgender § 87d eingefügt:

„§ 87d
Vergütung vertragsärztlicher Leistungen in den Jahren 2011 und 2012

(1) unverändert

(2) Die nach § 87a Absatz 3 und 4 von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung an die jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen zu zahlenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen sind für das Jahr 2011 bis spätestens vier Wochen nach der in Satz 7 genannten Frist sowie für das Jahr 2012 bis spätestens zum 31. Oktober 2011 nach Maßgabe dieses Absatzes zu ermitteln. Der Behandlungsbedarf für das Jahr 2011 ist je Krankenkasse zu ermitteln, indem der für das Jahr 2010 vereinbarte, bereinigte und basiswirksam um **1,25** Prozent erhöhte Behandlungsbedarf je Versicherten mit der voraussichtlichen Zahl der Versicherten der Krankenkasse im Jahr 2011 multipliziert wird. § 87a Absatz 3 Satz 5 zweiter Halbsatz bleibt unberührt. Zusätzlich ist der Behandlungsbedarf je Versicherten mit Wohnort im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung für das Jahr 2011 je Krankenkasse um einen nicht nach Krankenkassen differenzierten regionalen Anpassungsfaktor zu erhöhen, soweit sich nach Berechnungen gemäß Satz 7 ein Anpassungsbedarf ergibt. Der sich aus Satz 2 bis 4 ergebende angepasste Behandlungsbedarf für das Jahr 2011 wird mit den in Absatz 1 Satz 3 genannten Punktwerten in Euro bewertet. Die Regelungen nach § 87a Absatz 3 Satz 4 sowie

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
nach § 87a Absatz 4 Nummer 1, 3 und 4 werden für das Jahr 2011 nicht angewendet. Der Bewertungsausschuss beschließt bis spätestens zum 13. Oktober 2010 ein zwingend zu beachtendes Verfahren nach Satz 4 zur Anpassung des Behandlungsbedarfs der Versicherten mit Wohnort im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung, soweit der durchschnittliche Behandlungsbedarf dieser Versicherten einen vom Bewertungsausschuss zu bestimmenden Wert unterschreitet. Die Regelungen der Sätze 2, 3, 5 und 6 gelten für das Jahr 2012 entsprechend.	nach § 87a Absatz 4 Nummer 1, 3 und 4 werden für das Jahr 2011 nicht angewendet. Der Bewertungsausschuss beschließt bis spätestens zum 13. Oktober 2010 ein zwingend zu beachtendes Verfahren nach Satz 4 zur Anpassung des Behandlungsbedarfs der Versicherten mit Wohnort im Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung, soweit der durchschnittliche Behandlungsbedarf dieser Versicherten einen vom Bewertungsausschuss zu bestimmenden Wert unterschreitet. Die Regelungen der Sätze 2, 3, 5 und 6 gelten für das Jahr 2012 entsprechend.
(3) Kommt der Beschluss nach Absatz 2 Satz 7 ganz oder teilweise nicht oder nicht innerhalb der genannten Frist zustande, gilt § 87b Absatz 5 Satz 4 und 5 entsprechend.	(3) unverändert
(4) Die Kassenärztliche Vereinigung, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen vereinbaren gemeinsam und einheitlich Maßnahmen zur Ausgabenbegrenzung der vertragsärztlichen Leistungen *nach § 87a Absatz 3 Satz 5*, und zwar erstmals bis spätestens zum 31. Dezember 2010 mit Wirkung für das Jahr 2011. Das Ausgabenvolumen für diese Leistungen im Jahr 2011 soll dabei das *um die Hälfte der für das Jahr 2011 nach § 71 Absatz 3 für das gesamte Bundesgebiet festgestellten Veränderungsrate erhöhte* Ausgabenvolumen des Jahres 2010 nicht überschreiten. Hierzu können die Vertragspartner nach Satz 1 abweichend von § 87b Absatz 1 Satz 1 eine Abstaffelung der Preise in der regionalen Euro-Gebührenordnung oder Mengenbegrenzungsregelungen vereinbaren. Die Partner der Bundesmantelverträge können für die Vereinbarungen nach Satz 1 Empfehlungen zum Umfang sowie zum Verfahren der Ausgabenbegrenzung vereinbaren. Die Vorgaben dieses Absatzes gelten nicht für gesetzlich vorgeschriebene, auf Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 135 Absatz 1 beruhende Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen sowie ab dem Jahr 2009 eingeführte ärztliche Leistungen, soweit diese Leistungen auf einer Veränderung des gesetzlichen Leistungsumfangs der Krankenkassen oder auf Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 135 Absatz 1 beruhen. Die Regelungen dieses Absatzes gelten für das Jahr 2012 entsprechend mit der Maßgabe, dass das Ausgabenvolumen des Jahres 2012 das *um die Hälfte der für das Jahr 2012 nach § 71 Absatz 3 für das gesamte Bundesgebiet festgestellten Veränderungsrate erhöhte* Ausgabenvolumen des Jahres 2011 nicht überschreiten soll.“	(4) Die Kassenärztliche Vereinigung, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen vereinbaren gemeinsam und einheitlich Maßnahmen zur Ausgabenbegrenzung der vertragsärztlichen Leistungen**, die außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden**, und zwar erstmals bis spätestens zum 31. Dezember 2010 mit Wirkung für das Jahr 2011. Das Ausgabenvolumen für diese Leistungen im Jahr 2011 soll dabei das Ausgabenvolumen des Jahres 2010**, erhöht um die um 0,25 Prozentpunkte verminderte der für das Jahr 2011 nach § 71 Absatz 3 für das gesamte Bundesgebiet festgestellten Veränderungsrate** nicht überschreiten. Hierzu können die Vertragspartner nach Satz 1 abweichend von § 87b Absatz 1 Satz 1 eine Abstaffelung der Preise in der regionalen Euro-Gebührenordnung oder Mengenbegrenzungsregelungen vereinbaren. Die Partner der Bundesmantelverträge können für die Vereinbarungen nach Satz 1 Empfehlungen zum Umfang sowie zum Verfahren der Ausgabenbegrenzung vereinbaren. Die Vorgaben dieses Absatzes gelten nicht für gesetzlich vorgeschriebene, auf Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 135 Absatz 1 beruhende Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen**, nichtärztliche Dialyseleistungen** sowie ab dem Jahr 2009 eingeführte ärztliche Leistungen, soweit diese Leistungen auf einer Veränderung des gesetzlichen Leistungsumfangs der Krankenkassen oder auf Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 135 Absatz 1 beruhen. Die Regelungen dieses Absatzes gelten für das Jahr 2012 entsprechend mit der Maßgabe, dass das Ausgabenvolumen des Jahres 2012 das Ausgabenvolumen des Jahres 2011**, erhöht um die um 0,5 Prozentpunkte verminderte der für das Jahr 2012 nach § 71 Absatz 3 für das gesamte Bundesgebiet festgestellten Veränderungsrate** nicht überschreiten soll.“
9. Der bisherige § 87d wird § 87e.	9. unverändert
10. § 105 Absatz 5 wird aufgehoben.	10. unverändert
	10a. § 120 wird wie folgt geändert:
	a) Absatz 1a wird wie folgt geändert:
	aa) Satz 5 wird wie folgt gefasst:
	„Soweit für ein Jahr für diese Leistungen erstmals Pauschalen nach Satz 1 vereinbart

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
	werden, sind bei besonderen Einrichtungen einmalig die Erlössumme nach § 6 Absatz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes für dieses Jahr sowie der Gesamtbetrag nach § 6 Absatz 1 der Bundespflegesatzverordnung für dieses Jahr und entsprechend das darin enthaltene Budget nach § 12 der Bundespflegesatzverordnung jeweils in Höhe der Summe der nach Satz 1 vereinbarten Pauschalen zu vermindern.“
	bb) Satz 6 wird aufgehoben.
	cc) Im bisherigen Satz 8 wird die Angabe „Jahr 2009“ durch die Wörter „jeweilige Jahr erstmalig“ ersetzt.
	b) In Absatz 4 werden nach dem Wort „Vereinbarung“ die Wörter „nach Absatz 1a Satz 1 oder“ eingefügt, der Punkt durch ein Semikolon ersetzt und folgender Halbsatz angefügt: „im Falle von Vereinbarungen nach Absatz 1a Satz 1 hat die Schiedsstelle zunächst festzustellen, ob die Vereinbarung erforderlich ist, um die Behandlung von Kindern und Jugendlichen, die auf Überweisung erfolgt, angemessen zu vergüten.
	10b. In § 129 Absatz 1 Satz 6 wird die Angabe „, 4“ gestrichen.
11. In § 171a Absatz 1 Satz 1 werden die Wörter „und diesem Titel“ durch die Wörter „und Siebten Titel“ ersetzt.	11. unverändert
12. § 190 Absatz 3 wird wie folgt geändert:	12. unverändert
a) In Satz 2 wird der Punkt am Ende durch die Wörter „, es sei denn, die Voraussetzungen der freiwilligen Versicherung nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 sind nicht erfüllt.“ ersetzt.	
b) Folgender Satz wird angefügt:	
„Wird der Austritt nicht erklärt, setzt sich die Mitgliedschaft als freiwillige Mitgliedschaft auch fort für Personen, die mit Ablauf des 31. Dezember 2010 oder mit Ablauf des Kalenderjahres der erstmaligen Beschäftigungsaufnahme im Inland nach § 6 Absatz 4 Satz 1 aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind, die Voraussetzungen der freiwilligen Versicherung nach § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 aber nicht erfüllen.“	
	12a. In § 194 Absatz 1a wird Satz 2 wie folgt gefasst:
	„Gegenstand dieser Verträge können alle Leistungen sein, die den gesetzlichen Krankenversicherungsschutz ergänzen, insbesondere Ergänzungstarife zur Kostenerstattung, Wahlarztbehandlung im Krankenhaus, Ein- oder Zweibettzuschlag im Krankenhaus sowie eine Auslandskrankenversicherung.“
13. *Nach* § 201 *Absatz 4 Nummer 1* wird *folgende Nummer 1a eingefügt*:	13. § 201 wird **wie folgt geändert:**
	a) Nach Absatz 4 Nummer 1 wird folgende Nummer 1a eingefügt:

Entwurf

„1a. die aktuelle Höhe einer Rente der gesetzlichen Rentenversicherung, soweit die Krankenkasse diese Bezugsdaten für die Prüfung einer Anspruchsberechtigung nach § 242b anfordert,“.

14. § 220 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 Satz 2 wird aufgehoben.

b) Absatz 2 wird wie folgt gefasst:

„(2) Der beim Bundesversicherungsamt gebildete Schätzerkreis schätzt für jedes Jahr bis zum 15. Oktober die voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds und die voraussichtlichen jährlichen Ausgaben der Krankenkassen sowie die voraussichtliche Zahl der Versicherten und der Mitglieder der Krankenkassen. Diese Schätzung dient als Grundlage für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a für das Folgejahr.“

15. In § 221 Absatz 2 wird die Angabe „Satz 3“ gestrichen.

16. Nach § 221a wird folgender § 221b eingefügt:

„§ 221b
Leistungen des Bundes für den Sozialausgleich

Der Bund leistet zum Sozialausgleich nach § 242b ab dem Jahr 2015 in monatlich zum ersten Bankarbeitstag zu überweisenden Teilbeträgen Zahlungen an den Gesundheitsfonds, die der Liquiditätsreserve nach § 271 Absatz 2 zuzuführen sind. Die Höhe der Zahlungen wird im Jahr 2014 gesetzlich festgelegt. Dieser Sozialausgleich beinhaltet zusätzlich in voller Höhe die Zahlungen für die Zusatzbeiträge nach § 242 Absatz 4 *für Mitglieder nach § 5 Absatz 1 Nummer 2a*.“

Beschlüsse des 14. Ausschusses

1a. unverändert

b) In Absatz 6 Satz 2 werden die Wörter „Die Spitzenverbände der Krankenkassen vereinbaren gemeinsam und einheitlich“ durch die Wörter „Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart“ ersetzt.“

14. unverändert

15. unverändert

16. Nach § 221a wird folgender § 221b eingefügt:

„§ 221b
Leistungen des Bundes für den Sozialausgleich

Der Bund leistet zum Sozialausgleich nach § 242b ab dem Jahr 2015 in monatlich zum ersten Bankarbeitstag zu überweisenden Teilbeträgen Zahlungen an den Gesundheitsfonds, die der Liquiditätsreserve nach § 271 Absatz 2 zuzuführen sind. Die Höhe der Zahlungen wird im Jahr 2014 gesetzlich festgelegt. Dieser Sozialausgleich beinhaltet zusätzlich **jeweils** in voller Höhe die Zahlungen für die Zusatzbeiträge**, die für Mitglieder** nach § 242 Absatz 4 **Satz 1 erhoben werden, sowie die Zahlungen für Zusatzbeiträge, die von der Bundesagentur für Arbeit nach § 26 Absatz 4 des Zweiten Buches gezahlt werden.**“

16a. Nach § 232a Absatz 1 wird folgender Absatz 1a eingefügt:

„(1a) Ist in den Fällen des Absatzes 1 Nummer 2 bei laufenden weiteren beitragspflichtigen Einnahmen zu erwarten, dass diese während des Zeitraums, für den Arbeitslosengeld II bewilligt wurde (Bewilligungszeitraum nach § 41 Absatz 1 Satz 4 des Zweiten Buches), in unterschiedlicher Höhe anfallen, kann zur Bestimmung der weiteren beitragspflichtigen Einnahmen ein monatlicher Durchschnittswert gebildet werden. Der monatliche Durchschnittswert nach Satz 1 wird gebildet, indem die zu erwartenden gesamten weiteren beitragspflichtigen Einnahmen im Bewilligungszeitraum durch die Anzahl der Monate im Bewilligungszeitraum geteilt werden. Erweist sich nach Ablauf des Bewilligungszeitraums, dass der tatsächliche monatliche Durchschnittswert von dem nach den Sätzen 1 und 2 gebildeten monatlichem Durchschnitts-

Entwurf | Beschlüsse des 14. Ausschusses

wert um mehr als 20 Euro abweicht, ist der tatsächliche monatliche Durchschnittswert als weitere beitragspflichtige Einnahme zu berücksichtigen.“

17. § 241 wird wie folgt gefasst:

„§ 241
Allgemeiner Beitragssatz

Der allgemeine Beitragssatz beträgt 15,5 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder.“

17. unverändert

18. § 242 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 wird vor dem Wort „Zusatzbeitrag“ das Wort„einkommensunabhängiger“ eingefügt.

bb) Die Sätze 2 und 3 werden aufgehoben.

b) Absatz 4 wird durch die folgenden Absätze 4 bis 6 ersetzt:

„(4) *Abweichend von Absatz 1 Satz 1 wird f*ür Mitglieder nach § 5 Absatz 1 Nummer 2a der Zusatzbeitrag nach § 242a erhoben, auch dann, wenn sie weitere beitragspflichtige Einnahmen haben.

(5) *Von Mitgliedern nach § 5 Absatz 1 Nummer 6 und 7 und Absatz 4a Satz 1, von Mitgliedern deren Mitgliedschaft nach § 192 Absatz 1 Nummer 2 und 3, Absatz 2, § 193 Absatz 2 bis 5 oder nach § 8 des Eignungsübungsgesetzes fortbesteht, von Mitgliedern, die Verletztengeld nach dem Siebten Buch beziehen, von Mitgliedern, die Versorgungskrankengeld nach dem Bundesversorgungsgesetz beziehen, und von Mitgliedern, die vergleichbare Entgeltersatzleistungen beziehen, sowie von Beschäftigten, bei denen allein § 20 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 oder 2 oder Satz 2 des Vierten Buches angewendet wird, wird k*ein Zusatzbeitrag erhoben.

18. § 242 wird wie folgt geändert:

a) unverändert

b) Absatz 4 wird durch die folgenden Absätze 4 bis 6 ersetzt:

„(4) **F**ür Mitglieder nach § 5 Absatz 1 Nummer 2a **sowie für Mitglieder, die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch erhalten und nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 oder freiwillig versichert sind, wird** der Zusatzbeitrag nach **Absatz 1 Satz 1, höchstens jedoch in Höhe des Zusatzbeitrages nach** § 242a erhoben**; dies gilt** auch dann, wenn sie weitere beitragspflichtige Einnahmen haben. **Ist der Zusatzbeitrag nach Absatz 1 Satz 1 höher als der Zusatzbeitrag nach § 242a, kann die Krankenkasse in ihrer Satzung regeln, dass die Differenz von den in Satz 1 genannten Mitgliedern zu zahlen ist.**

(5) **Abweichend von Absatz 1 Satz 1 wird** ein Zusatzbeitrag **nicht** erhoben **von**

1. **Mitgliedern nach § 5 Absatz 1 Nummer 6, 7 und 8 und Absatz 4a Satz 1,**
2. **Mitgliedern, deren Mitgliedschaft nach § 192 Absatz 1 Nummer 2 oder 3 oder Absatz 2 fortbesteht,**
3. **Mitgliedern, die Verletztengeld nach dem Siebten Buch, Versorgungskrankengeld nach dem Bundesversorgungsgesetz oder vergleichbare Entgeltersatzleistungen beziehen,**
4. **Mitgliedern, deren Mitgliedschaft nach § 193 Absatz 2 bis 5 oder nach § 8 des Eignungsübungsgesetzes fortbesteht, sowie**

Entwurf

(6) Ist ein Mitglied mit der Zahlung des kassenindividuellen Zusatzbeitrags für *mindestens* sechs Kalendermonate säumig, so hat es der Krankenkasse zusätzlich einen *einmaligen* Verspätungszuschlag zu zahlen, der in der Höhe auf die Summe der letzten drei fälligen Zusatzbeiträge begrenzt ist und mindestens *30* Euro beträgt. Das Nähere, insbesondere die Höhe des Verspätungszuschlags nach Satz 1, regelt die Krankenkasse in ihrer Satzung. § 24 des Vierten Buches ist neben Satz 1 nicht anzuwenden. § 242b ist für die in Satz 1 genannten Fälle bis zur vollständigen Entrichtung der ausstehenden Zusatzbeiträge und Zahlung des Verspätungszuschlags durch das Mitglied nicht anzuwenden. Ist eine wirksame Ratenzahlungsvereinbarung zu Stande gekommen, hat das Mitglied ab diesem Zeitpunkt wieder Anspruch auf Sozialausgleich nach § 242b, solange die Raten vertragsgemäß entrichtet werden. Die Krankenkasse teilt den beitragsabführenden Stellen ohne Angaben von Gründen Beginn und Ende des Zeitraums mit, in dem der Sozialausgleich nach § 242b gemäß *Satz* 4 und 5 nicht durchzuführen ist.“

19. Nach § 242 werden die folgenden §§ 242a und 242b eingefügt:

„§ 242a
Durchschnittlicher Zusatzbeitrag

(1) Der durchschnittliche Zusatzbeitrag der Krankenkassen ergibt sich aus der Differenz zwischen den voraussichtlichen jährlichen Ausgaben der Krankenkassen und den voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds, die für die Höhe der Zuweisungen nach den §§ 266 und 270 zur Verfügung stehen, geteilt durch die voraussichtliche Zahl der Mitglieder der Krankenkassen, wiederum geteilt durch die Zahl 12. Zusätzlich werden die erforderlichen Mittel für die vorgeschriebene Auffüllung der Rücklage aller Krankenkassen auf den in § 261 Absatz 2 Satz 2 genannten Mindestwert berücksichtigt, soweit unerwartete außergewöhnliche Ausgabenzuwächse in der gesetzlichen Krankenversicherung eingetreten sind.

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit legt nach Auswertung der Ergebnisse des Schätzerkreises nach § 220 Absatz 2 die Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrags als Euro-Betrag für das Folgejahr im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen fest und gibt diesen Wert jeweils bis zum 1. November eines Kalenderjahres im Bundesanzeiger bekannt. Den Wert nach Satz 1 für das Jahr 2011 gibt das Bundesministerium für Gesundheit im Einvernehmen mit dem Bundesministerium der Finanzen am 3. Januar 2011 im Bundesanzeiger bekannt.

Beschlüsse des 14. Ausschusses

5. **von Beschäftigten, bei denen § 20 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 oder 2 oder Satz 2 des Vierten Buches angewendet wird, soweit und solange sie keine weiteren beitragspflichtigen Einnahmen beziehen. Satz 1 Nummer 2 gilt für freiwillige Mitglieder entsprechend**.

(6) Ist ein Mitglied mit der Zahlung des kassenindividuellen Zusatzbeitrags für **jeweils** sechs Kalendermonate säumig, so hat es der Krankenkasse zusätzlich einen Verspätungszuschlag zu zahlen, der in der Höhe auf die Summe der letzten drei fälligen Zusatzbeiträge begrenzt ist und mindestens **20** Euro beträgt. Das Nähere, insbesondere die Höhe des Verspätungszuschlags nach Satz 1, regelt die Krankenkasse in ihrer Satzung. § 24 des Vierten Buches ist neben Satz 1 nicht anzuwenden. § 242b ist für die in Satz 1 genannten Fälle bis zur vollständigen Entrichtung der ausstehenden Zusatzbeiträge und Zahlung des Verspätungszuschlags durch das Mitglied nicht anzuwenden. Ist eine wirksame Ratenzahlungsvereinbarung zu Stande gekommen, hat das Mitglied ab diesem Zeitpunkt wieder Anspruch auf Sozialausgleich nach § 242b, solange die Raten vertragsgemäß entrichtet werden. Die Krankenkasse teilt den beitragsabführenden Stellen ohne Angaben von Gründen Beginn und Ende des Zeitraums mit, in dem der Sozialausgleich nach § 242b gemäß **den Sätzen** 4 und 5 nicht durchzuführen ist.“

19. Nach § 242 werden die folgenden §§ 242a und 242b eingefügt:

unverändert

Entwurf

§ 242b
Sozialausgleich

(1) Übersteigt der durchschnittliche Zusatzbeitrag nach § 242a 2 Prozent (Belastungsgrenze für den Sozialausgleich) der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds, so hat das Mitglied Anspruch auf einen Sozialausgleich. Der Sozialausgleich wird durchgeführt, indem der monatliche einkommensabhängige Beitragssatzanteil des Mitglieds individuell verringert wird. *§ 233 bleibt unberücksichtigt.* Die in § 23b Absatz 2 des Vierten Buches genannten beitragspflichtigen Einnahmen bleiben bei der Durchführung des Sozialausgleichs unberücksichtigt. Die in § 226 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und 4 genannten beitragspflichtigen Einnahmen werden bei der Durchführung des Sozialausgleichs Pflichtversicherter nur berücksichtigt, wenn sie insgesamt 5 Prozent der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches übersteigen. Im Hinblick auf die beitragspflichtigen Einnahmen nach Satz 1 gilt für Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld nach dem Dritten Buch § 232a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 mit der Maßgabe, dass 67 Prozent des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts berücksichtigt werden. Für diesen Personenkreis wird der Sozialausgleich in der Weise durchgeführt, dass dem Mitglied die Differenz zwischen dem monatlichen und dem verringerten Beitrag nach Absatz 2 Satz 1 vom zuständigen Leistungsträger ausgezahlt wird und der Leistungsträger eine entsprechende Verringerung des Beitrags für die Leistung vornimmt. Im Hinblick auf die beitragspflichtigen Einnahmen nach Satz 1 für Bezieherinnen und Bezieher von Kurzarbeitergeld gilt § 232a Absatz 2 mit der Maßgabe, dass 67 Prozent des Unterschiedsbetrages zwischen dem Sollentgelt und dem Istentgelt nach § 179 des Dritten Buches berücksichtigt werden. Die individuelle Verringerung des monatlichen Beitragssatzanteils des Mitglieds nach Satz 1 bleibt bei der Berechnung des Nettoentgelts für den Erhalt von Entgeltersatzleistungen oder anderer Leistungen außer Betracht.

(2) Ein verringerter Beitragssatzanteil des Mitglieds wird von der den Beitrag abführenden Stelle ermittelt, indem die Belastungsgrenze nach Absatz 1 mit den beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds vervielfacht und anschließend vom durchschnittlichen Zusatzbeitrag nach § 242a abgezogen wird. *§ 233 ist für die Ermittlung der Überforderung nicht anzuwenden.* Anschließend wird die nach Satz 1 ermittelte Überforderung vom einkommensabhängigen Beitragssatzanteil des Mitglieds abgezogen, höchstens jedoch, bis der Beitragssatzanteil des Mitglieds auf null Euro reduziert ist. Kann der Anspruch des Mitglieds auf Sozialausgleich nicht vollständig durch eine Verringerung des monatlichen einkommensabhängigen Beitragssatzanteil des Mitglieds beglichen werden, gilt für die Erstattung des ausstehenden Betrages Absatz 5 entsprechend. Im Fall des Satz 4 ist die den Beitrag abführende Stelle verpflichtet, das Mitglied einmalig in geeigneter schriftlicher Form auf sein Antragsrecht nach Absatz 5

Beschlüsse des 14. Ausschusses

§ 242b
Sozialausgleich

(1) Übersteigt der durchschnittliche Zusatzbeitrag nach § 242a 2 Prozent (Belastungsgrenze für den Sozialausgleich) der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds, so hat das Mitglied Anspruch auf einen Sozialausgleich. Der Sozialausgleich wird durchgeführt, indem der monatliche einkommensabhängige Beitragssatzanteil des Mitglieds individuell verringert wird. Die in § 23b Absatz 2 des Vierten Buches genannten beitragspflichtigen Einnahmen bleiben bei der Durchführung des Sozialausgleichs unberücksichtigt. Die in § 226 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und 4 genannten beitragspflichtigen Einnahmen werden bei der Durchführung des Sozialausgleichs Pflichtversicherter **– mit Ausnahme der Mitglieder nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 –** nur berücksichtigt, wenn sie insgesamt 5 Prozent der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches übersteigen. Im Hinblick auf die beitragspflichtigen Einnahmen nach Satz 1 gilt für Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld nach dem Dritten Buch § 232a Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 mit der Maßgabe, dass 67 Prozent des der Leistung zugrunde liegenden Arbeitsentgelts berücksichtigt werden. **§ 232a Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend.** Für diesen Personenkreis wird der Sozialausgleich in der Weise durchgeführt, dass dem Mitglied die Differenz zwischen dem monatlichen und dem verringerten Beitrag nach Absatz 2 Satz 1 vom zuständigen Leistungsträger ausgezahlt wird und der Leistungsträger eine entsprechende Verringerung des Beitrags für die Leistung vornimmt. Im Hinblick auf die beitragspflichtigen Einnahmen nach Satz 1 für Bezieherinnen und Bezieher von Kurzarbeitergeld gilt § 232a Absatz 2 mit der Maßgabe, dass 67 Prozent des Unterschiedsbetrages zwischen dem Sollentgelt und dem Istentgelt nach § 179 des Dritten Buches berücksichtigt werden. Die individuelle Verringerung des monatlichen Beitragssatzanteils des Mitglieds nach Satz 1 bleibt bei der Berechnung des Nettoentgelts für den Erhalt von Entgeltersatzleistungen oder anderer Leistungen außer Betracht.

(2) Ein verringerter Beitragssatzanteil des Mitglieds wird von der den Beitrag abführenden Stelle ermittelt, indem die Belastungsgrenze nach Absatz 1 mit den beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds vervielfacht und anschließend vom durchschnittlichen Zusatzbeitrag nach § 242a abgezogen wird. Anschließend wird die nach Satz 1 ermittelte Überforderung vom einkommensabhängigen Beitragssatzanteil des Mitglieds abgezogen, höchstens jedoch, bis der Beitragssatzanteil des Mitglieds auf null Euro reduziert ist. Kann der Anspruch des Mitglieds auf Sozialausgleich nicht vollständig durch eine Verringerung des monatlichen einkommensabhängigen Beitragssatzanteils des Mitglieds beglichen werden, gilt für die Erstattung des ausstehenden Betrages Absatz 5 entsprechend. Im Fall des Satz 4 ist die den Beitrag abführende Stelle verpflichtet, das Mitglied einmalig in geeigneter schriftlicher Form auf sein Antragsrecht nach Absatz 5 Satz 1 hinzuweisen und die zuständige Krankenkasse entsprechend zu informieren.

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Satz 1 hinzuweisen und die zuständige Krankenkasse entsprechend zu informieren. Bei einmalig gezahltem Arbeitsentgelt gilt § 23a des Vierten Buches unter Berücksichtigung der anteiligen Belastungsgrenze des laufenden Kalenderjahres entsprechend. Für den bis zur anteiligen Belastungsgrenze zu verbeitragende Anteil der Einmalzahlung ist im Rahmen des gewährten Sozialausgleichs ein Beitrag abzuführen, der sich aus der Summe des Beitragssatzanteils des Mitglieds und der Belastungsgrenze nach Absatz 1 ergibt. Der über der anteiligen Belastungsgrenze liegende Anteil der Einmalzahlung ist mit dem *allgemeinen* Beitragssatz *nach § 241* zu verbeitragen. Satz 1 gilt für die Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld entsprechend mit der Maßgabe, dass ein Zahlbetrag ermittelt wird, der abweichend von Satz 3 zusätzlich von der Bundesagentur für Arbeit an das Mitglied ausgezahlt wird.	Bei einmalig gezahltem Arbeitsentgelt gilt § 23a des Vierten Buches unter Berücksichtigung der anteiligen Belastungsgrenze des laufenden Kalenderjahres entsprechend. Für den bis zur anteiligen Belastungsgrenze zu verbeitragenden Anteil der Einmalzahlung ist im Rahmen des gewährten Sozialausgleichs ein Beitrag abzuführen, der sich aus der Summe des Beitragssatzanteils des Mitglieds und der Belastungsgrenze nach Absatz 1 ergibt. Der über der anteiligen Belastungsgrenze liegende Anteil der Einmalzahlung ist mit dem **für das Mitglied maßgeblichen** Beitragssatz zu verbeitragen. Satz 1 gilt für die Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld entsprechend mit der Maßgabe, dass ein Zahlbetrag ermittelt wird, der abweichend von Satz 3 zusätzlich von der Bundesagentur für Arbeit an das Mitglied ausgezahlt wird.
(3) Hat ein Mitglied zeitgleich mehrere beitragspflichtige Einnahmen, so prüft die Krankenkasse im Hinblick auf die Summe dieser Einnahmen, ob ein Anspruch auf Sozialausgleich nach Absatz 1 besteht und teilt dies den Beitrag abführenden Stellen mit. Besteht dieser Anspruch, teilt die Krankenkasse der den Beitrag abführenden Stelle, die den höchsten Bruttobetrag der Einnahmen gewährt, mit, dass von ihr ein verringerter Beitragssatzanteil des Mitglieds nach Absatz 2 abzuführen ist. Handelt es sich bei einer beitragspflichtigen Einnahme im Falle des Satzes 1 um eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung nach § 228, deren Höhe 260 Euro übersteigt, so führt abweichend von Satz 2 stets der Rentenversicherungsträger den verringerten Mitgliedsbeitrag ab. Den weiteren beitragsabführenden Stellen hat die Krankenkasse mitzuteilen, dass sie im Rahmen des gewährten Sozialausgleichs einen Beitrag abzuführen haben, der sich aus der Summe des Beitragssatzanteils des Mitglieds und der Belastungsgrenze nach Absatz 1 vervielfacht mit den beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds ergibt. Abweichend von Satz 4 ergibt sich für Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld der zusätzlich abzuführende Betrag, um den der Zahlbetrag der Bundesagentur für Arbeit verringert wird, aus der Belastungsgrenze vervielfacht mit den beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds. Für Mitglieder nach Satz 1 führt die Krankenkasse eine Überprüfung des über das Jahr durchgeführten Sozialausgleichs durch und erstattet dem Mitglied zu viel gezahlte Beiträge oder fordert zu wenig gezahlte Beiträge vom Mitglied zurück. Bei einem rückständigen Betrag unter 20 Euro ist die Nachforderung nicht zu erheben. Für einmalig gezahltes Arbeitsentgelt führen die beitragsabführenden Stellen im laufenden Kalenderjahr im Rahmen des gewährten Sozialausgleichs einen Beitrag ab, der sich aus der Summe des Beitragssatzanteils des Mitglieds und der Belastungsgrenze nach Absatz 1 ergibt.	(3) unverändert
(4) Zahlen Mitglieder ihre Beiträge selbst, wird der Sozialausgleich nach den Absätzen 1 bis 3 von der zuständigen Krankenkasse durchgeführt. Für Arbeitnehmer, die auf Grund mehrerer Beschäftigungsverhältnisse gegen ein monatliches Arbeitsentgelt bis zum oberen	(4) unverändert

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
Grenzbetrag der Gleitzone nach § 20 Absatz 2 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch mehr als geringfügig beschäftigt sind, teilt die Krankenkasse den Arbeitgebern die anteiligen abzuführenden Beiträge unter Berücksichtigung des Sozialausgleichs gemäß § 28h Absatz 2a Nummer 2 des Vierten Buches mit.	
(5) Abweichend von Absatz 2 und 3 prüft für unständig Beschäftigte die zuständige Krankenkasse auf Antrag des Mitgliedes jeweils nach Ablauf von drei abgerechneten Kalendermonaten, längstens für die Dauer von zwölf abgerechneten Kalendermonaten den Anspruch auf Sozialausgleich und erstattet dem Mitglied zu viel gezahlte Beiträge. Die Krankenkassen sind verpflichtet, unständig beschäftigte Mitglieder regelmäßig, spätestens alle zehn Monate in geeigneter schriftlicher Form auf ihr Antragsrecht nach Satz 1 hinzuweisen.	(5) unverändert
(6) Mitglieder, von denen gemäß § 242 Absatz 5 kein Zusatzbeitrag erhoben oder deren Zusatzbeitrag nach § 251 Absatz 6 vollständig von Dritten getragen oder gezahlt oder nach dem dritten Kapitel des Zwölften Buches *übernommen wird*, haben keinen Anspruch auf einen Sozialausgleich.	(6) Mitglieder, von denen gemäß § 242 Absatz 5 kein Zusatzbeitrag erhoben oder deren Zusatzbeitrag nach § 251 Absatz 6 vollständig von Dritten getragen oder gezahlt oder **die Leistungen** nach dem dritten **oder vierten** Kapitel des Zwölften Buches **beziehen**, haben keinen Anspruch auf einen Sozialausgleich.
	(7) Die Deutsche Rentenversicherung Bund, die Künstlersozialkasse und die Bundesagentur für Arbeit übermitteln dem Bundesversicherungsamt zusätzlich zu der Höhe der von ihnen abgeführten Beiträge gesondert den Betrag, der ohne die Durchführung des Sozialausgleichs zu zahlen gewesen wäre. Entsprechendes gilt für die Krankenkassen im Hinblick auf die Weiterleitung der Krankenversicherungsbeiträge nach § 252 Absatz 2 Satz 2 und § 28k Absatz 1 Satz 1 des Vierten Buches. Die Krankenkassen teilen dem Bundesversicherungsamt zudem die Beträge mit, die sie ihren Mitgliedern im Rahmen des Sozialausgleichs nach Absatz 3 Satz 6 sowie den Absätzen 5 und 8 erstattet bzw. von ihnen nachgefordert haben.
(7) Für das Jahr 2011 wird der Sozialausgleich bis zum 30. Juni 2012 von der zuständigen Krankenkasse durchgeführt.“	**(8)** Für das Jahr 2011 wird der Sozialausgleich bis zum 30. Juni 2012 von der zuständigen Krankenkasse durchgeführt.“
20. § 243 wird wie folgt gefasst: „§ 243 Ermäßigter Beitragssatz Für Mitglieder, die keinen Anspruch auf Krankengeld haben, gilt ein ermäßigter Beitragssatz. Dies gilt nicht für die Beitragsbemessung nach § 240 Absatz 4a. Der ermäßigte Beitragssatz beträgt 14,9 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder.“	20. unverändert
21. *In* § 251 Absatz 6 *Satz 2 werden die Angabe „7 oder“ gestrichen, nach dem Wort „getragen“ ein Punkt eingefügt, der zweite Halbsatz gestrichen und folgender Satz angefügt:* *„Abweichend von Satz 1 wird für Mitglieder nach § 5 Absatz 1 Nummer 2a ein* Zusatzbeitrag nach § 242 Absatz 4 aus den Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds nach § 271 Absatz 2 aufgebracht.“	21. § 251 Absatz 6 **wird wie folgt gefasst**: „**(6) Den** Zusatzbeitrag nach **§ 242 hat das Mitglied zu tragen. Abweichend von Satz 1 wird für Mitglieder, für die ein Zusatzbeitrag nach** § 242 Absatz 4 **Satz 1 erhoben wird, der Zusatzbeitrag** aus den Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds nach § 271 Absatz 2 aufgebracht. **Eine nach § 242 Absatz 4**

Entwurf

Beschlüsse des 14. Ausschusses

Satz 2 erhobene Differenz zwischen dem kassenindividuellen Zusatzbeitrag und dem Zusatzbeitrag nach § 242a ist von den in Satz 2 genannten Mitgliedern selbst zu tragen. Satz 2 gilt entsprechend für Mitglieder, deren Zusatzbeiträge nach § 26 Absatz 4 des Zweiten Buches von der Bundesagentur für Arbeit in der erforderlichen Höhe gezahlt werden.“

Entwurf:

22. § 252 wird wie folgt geändert:

    a) In Absatz 1 Satz 2 wird die Angabe „§ 242“ durch die Angabe „§§ 242, 242a“ ersetzt.

    b) Nach Absatz 2 *wird folgender Absatz* 2a eingefügt:

    „(2a) Im Fall des § 251 Absatz 6 Satz *3 leitet der Gesundheitsfonds* die Zusatzbeiträge nach § 242 Absatz 4 monatlich entsprechend der Anzahl *der* Mitglieder *nach § 5 Absatz 1 Nummer 2a* an die zuständigen Krankenkassen *weiter*. Das Nähere über das Verfahren bestimmt das Bundesversicherungsamt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen.*“*

Beschlüsse:

22. § 252 wird wie folgt geändert:

    a) unverändert

    b) Nach Absatz 2 **werden die folgenden Absätze** 2a **und 2b** eingefügt:

    „(2a) Im Fall des § 251 Absatz 6 Satz **2 erfolgt** die **Zahlung der** Zusatzbeiträge nach § 242 Absatz 4 **Satz 1** monatlich entsprechend der Anzahl **dieser** Mitglieder an die zuständigen Krankenkassen. Das Nähere über das Verfahren bestimmt das Bundesversicherungsamt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

    (2b) Im Fall des § 251 Absatz 6 Satz 4 erfolgt die Zahlung für die Aufwendungen, die der Bundesagentur für Arbeit nach § 26 Absatz 4 des Zweiten Buches entstanden sind, jeweils spätestens am drittletzten Bankarbeitstag eines Kalenderjahres an die Bundesagentur für Arbeit. Das Nähere über das Verfahren bestimmt das Bundesversicherungsamt im Benehmen mit der Bundesagentur für Arbeit.“

    c) In Absatz 3 Satz 1 werden nach den Wörtern „den Zusatzbeitrag nach § 242,“ die Wörter „den Verspätungszuschlag nach § 242 Absatz 6,“ eingefügt.

Entwurf:

23. In § 255 Absatz 1 Satz 2 werden nach den Wörtern „Höhe der Beiträge“ die Wörter „nach Satz 1“ gestrichen.

24. In § 256 Absatz 1 Satz 3 werden nach dem Wort „nachzuweisen“ ein Semikolon und die Wörter „§ 28f Absatz 3 Satz 5 des Vierten Buches gilt entsprechend“ eingefügt.

Beschlüsse:

23. unverändert

24. unverändert

Entwurf:

25. § 271 wird wie folgt geändert:

    a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

        aa) In Satz 1 wird nach dem Wort „Einnahmeausfälle“ das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und werden nach der Angabe „§ 272 Abs. 2“ die Wörter „sowie die Aufwendungen für den Sozialausgleich nach § 242b und zusätzlich die Zahlungen für die Zusatzbeiträge nach § 251 Absatz 6 Satz *3*“ eingefügt.

        bb) In Satz 2 werden die Wörter „in vier jährlichen Schritten“ durch das Wort „schrittweise“ ersetzt.

        cc) Folgender Satz wird angefügt:

        „Die die voraussichtlichen jährlichen Ausgaben der Krankenkassen übersteigenden *voraussichtlichen* jährlichen Einnahmen des Gesund-

Beschlüsse:

25. § 271 wird wie folgt geändert:

    a) Absatz 2 wird wie folgt geändert:

        aa) In Satz 1 wird nach dem Wort „Einnahmeausfälle“ das Wort „und“ durch ein Komma ersetzt und werden nach der Angabe „§ 272 Abs. 2“ die Wörter „sowie die Aufwendungen für den Sozialausgleich nach § 242b und zusätzlich die Zahlungen für die Zusatzbeiträge nach § 251 Absatz 6 Satz **2 und 4**“ eingefügt.

        bb) unverändert

        cc) Folgender Satz wird angefügt:

        „Die die voraussichtlichen jährlichen Ausgaben der Krankenkassen **nach § 242a Absatz 1 Satz 1** übersteigenden jährlichen Einnahmen

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
heitsfonds *nach § 242a Absatz 1 Satz 1* sind der Liquiditätsreserve zuzuführen."	des Gesundheitsfonds sind der Liquiditätsreserve zuzuführen."
b) Absatz 3 Satz 4 wird aufgehoben.	b) unverändert
26. In § 284 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 werden nach den Wörtern „und Zahlung" die Wörter „und die Durchführung des Sozialausgleichs" eingefügt.	26. unverändert
27. In § 291a Absatz 7 Satz 7 wird die Angabe „Satz 9" durch die Wörter „Satz 2 und *5*" ersetzt.	27. In § 291a Absatz 7 Satz 7 wird die Angabe „Satz 9" durch die Wörter „Satz 2 und **6**" ersetzt.
Artikel 2 **Weitere Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch** Nach § 85 Absatz 3f des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482) das zuletzt durch Artikel 1 dieses Gesetzes geändert worden ist, wird folgender Absatz 3g angefügt: „(3g) Zur Angleichung der Vergütung für zahnärztliche Leistungen ohne Zahnersatz, werden die für das Jahr 2011 vereinbarten Punktwerte und Gesamtvergütungen im Jahr 2012 zusätzlich zu der nach Absatz 3 in Verbindung mit Absatz 2d und 3f vereinbarten Veränderung im Gebiet der in Artikel 1 Absatz 1 des Einigungsvertrages genannten Länder um 2,5 Prozent und im Land Berlin um 2 Prozent erhöht. Die sich daraus ergebenden Punktwerte und Gesamtvergütungen des Jahres 2012 werden im Jahr 2013 im Gebiet der in Artikel 1 Absatz 1 des Einigungsvertrages genannten Länder zusätzlich zu der nach Absatz 3 vereinbarten Veränderung um weitere 2,5 Prozent und im Land Berlin um weitere 2 Prozent erhöht. Die Veränderungen der Gesamtvergütungen des Jahres 2014 sind auf die nach Satz 2 erhöhten Gesamtvergütungen zu beziehen."	**Artikel 2** unverändert
	Artikel 2a **Änderung des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch** **§ 26 Absatz 4 des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch – Grundsicherung für Arbeitsuchende – (Artikel 1 des Gesetzes vom 24. Dezember 2003, BGBl. I S. 2954, 2955), das zuletzt durch … (BGBl. I S. …) geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:** **„(4) Die Bundesagentur für Arbeit zahlt den Zusatzbeitrag zur gesetzlichen Krankenversicherung nach § 242 des Fünften Buches für Personen, die allein durch diese Aufwendungen hilfebedürftig würden, in der erforderlichen Höhe."**
Artikel 3 **Änderung des Dritten Buches Sozialgesetzbuch** § 133 Absatz 1 Satz 4 Nummer 2 des Dritten Buches Sozialgesetzbuch – Arbeitsförderung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 24. März 1997, BGBl. I S. 594, 595), das zuletzt durch Artikel 2 Absatz 1 des Gesetzes vom 3. August 2010	**Artikel 3** unverändert

Entwurf

(BGBl. I S. 1112) geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:

„2. für Beiträge zur Krankenversicherung der ermäßigte Beitragssatz nach § 243 des Fünften Buches,“.

Artikel 4

Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch

Das Vierte Buch Sozialgesetzbuch – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. September 2009 (BGBl. I S. 3710, 3973), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 5. August 2010 (BGBl. I S. 1127) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Nach § 23 Absatz 1 Satz 3 wird folgender Satz eingefügt:

   „Satz 3 gilt entsprechend in den Fällen, in denen die Krankenkasse dem Arbeitgeber das nach § 242b Absatz 3 des Fünften Buches anzuwendende Verfahren mitteilt.“

2. § 28a wird wie folgt geändert:

   a) Absatz 1 Satz 1 Nummer 10 wird wie folgt gefasst:

      „10. bei Beschäftigung bei mehreren Arbeitgebern und in Fällen, in denen der oder die Beschäftigte weitere *sozialversicherungs*pflichtige Einnahmen erzielt, soweit bekannt,“.

   b) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 4a eingefügt:

      „(4a) Der Meldepflichtige erstattet die Meldungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 10 jeweils monatlich an die zuständige Krankenkasse. In der Meldung sind anzugeben:

      1. die Versicherungsnummer, soweit bekannt, ansonsten die zur Vergabe einer Versicherungsnummer notwendigen Angaben (Tag und Ort der Geburt, Anschrift),
      2. Familien- und Vorname,
      3. die Betriebsnummer des Beschäftigungsbetriebes und
      4. das in der gesetzlichen Rentenversicherung beitragspflichtige Arbeitsentgelt in Euro.“

3. Dem § 28f Absatz 3 wird folgender Satz angefügt:

   „In den Fällen des § 242b des Fünften Buches ist zusätzlich der Betrag gesondert nachzuweisen, der ohne die Durchführung des Sozialausgleichs zu zahlen gewesen wäre. “

4. Nach § 28h Absatz 2 wird folgender Absatz 2a eingefügt:

   „(2a) Die Krankenkasse teilt dem Arbeitgeber oder anderen Meldepflichtigen im Falle mehrerer beitragspflichtiger Einnahmen folgende Daten durch gesicherte und verschlüsselte Datenübertragung mit:

   1. ob ein Sozialausgleich durchzuführen ist und das für die Beitragsbemessung nach § 242b Absatz 3 des Fünften Buches anzuwendende Verfahren,

Beschlüsse des 14. Ausschusses

Artikel 4

Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch

Das Vierte Buch Sozialgesetzbuch – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung – in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. September 2009 (BGBl. I S. 3710, 3973), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 5. August 2010 (BGBl. I S. 1127) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. u n v e r ä n d e r t

2. § 28a wird wie folgt geändert:

   a) Absatz 1 Satz 1 Nummer 10 wird wie folgt gefasst:

      „10. bei Beschäftigung bei mehreren Arbeitgebern**, für unständig Beschäftigte** und in den Fällen, in denen der oder die Beschäftigte weitere **in der gesetzlichen Krankenversicherung beitrags**pflichtige Einnahmen erzielt, soweit bekannt,“.

   b) u n v e r ä n d e r t

3. u n v e r ä n d e r t

4. u n v e r ä n d e r t

Entwurf | Beschlüsse des 14. Ausschusses

Entwurf:

2. in den Fällen des § 20 Absatz 2 den anteiligen abzuführenden Beitrag und
3. in den Fällen des § 22 Absatz 2 Satz 1 die zu zahlenden Gesamtsozialversicherungsbeiträge; diese Mitteilung erfolgt einmal jährlich zum 30. April eines Kalenderjahres.“

5. In § 280 Absatz 1 werden nach dem Wort „Beschäftigungen“ die Wörter „sowie bei Bezug weiterer *sozialversicherungs*pflichtiger Einnahmen“ eingefügt.

Beschlüsse des 14. Ausschusses:

5. In § 280 Absatz 1 werden nach dem Wort „Beschäftigungen“ die Wörter „sowie bei Bezug weiterer **in der gesetzlichen Krankenversicherung beitrags**pflichtiger Einnahmen“ eingefügt.

Entwurf:

Artikel 5

Änderung des Siebten Buches Sozialgesetzbuch

Dem § 184d des Siebte*n* Buch*es* Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Unfallversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 7. August 1996, BGBl. I S. 1254), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 5. August 2010 (BGBl. I S. 1127) geändert worden ist, wird *folgender Satz angefügt*:

„Klagen gegen Entscheidungen des Spitzenverbandes der landwirtschaftlichen Sozialversicherung zur Durchführung der Lastenverteilung haben keine aufschiebende Wirkung.“

Beschlüsse des 14. Ausschusses:

Artikel 5

Änderung des Siebten Buches Sozialgesetzbuch

Das Siebte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Unfallversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 7. August 1996, BGBl. I S. 1254), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 5. August 2010 (BGBl. I S. 1127) geändert worden ist, wird **wie folgt geändert**:

1. **Dem § 183 Absatz 2 wird folgender Satz angefügt:**

   „Dabei ist sicherzustellen, dass die Ausgleichsumlage nach § 184d unmittelbar beitragswirksam wird; eine Beschränkung auf bestimmte Gruppen von Unternehmen ist unter Berücksichtigung des Beitragsmaßstabes zulässig.“

2. **Dem § 184d wird folgender Satz angefügt:**

   unverändert

Entwurf:

Artikel 6

Änderung des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte

Das Zweite Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I S. 2477, 2557), das zuletzt durch Artikel 8 des Gesetzes vom 5. August 2010 (BGBl. I S. 1127) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In § 1 Satz 3 wird die Angabe „Abs. 4“ durch die Wörter „Absatz 4 Satz 1“ ersetzt.
2. In § 3a wird die Angabe „Abs. 4 und 9“ durch die Angabe „Absatz 4“ ersetzt.
3. Dem § 24 Absatz 1 Nummer 8 werden die Wörter„es sei denn, die Voraussetzungen der freiwilligen Versicherung nach § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 sind nicht erfüllt; wird der Austritt nicht erklärt, setzt sich die Mitgliedschaft als freiwillige Mitgliedschaft auch fort für Personen, die mit Ablauf des 31. Dezember 2010 oder mit Ablauf des Kalenderjahres der erstmaligen Beschäftigungsaufnahme im Inland nach § 3a Nummer 1 zweiter Halbsatz aus der Versicherungspflicht ausgeschieden sind, die Voraussetzungen nach § 6 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 aber nicht erfüllen,“ angefügt.

Beschlüsse des 14. Ausschusses:

Artikel 6

unverändert

Entwurf | Beschlüsse des 14. Ausschusses

4. § 40 wird wie folgt geändert:
   a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
      aa) In Satz 6 werden die Wörter „; der jeweils zum 1. Juli ermittelte Vergleichsbeitrag gilt für das folgende Kalenderjahr“ gestrichen.
      bb) Nach Satz 6 wird folgender Satz eingefügt:

      „Eine Anpassung des Beitrags der höchsten Beitragsklasse unterbleibt, solange sich bei Anwendung eines neuen Vergleichsbeitrags eine Änderung um weniger als 10 Euro je Monat ergeben würde.“
   b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
      aa) Nach dem Wort „ermitteln“ werden ein Semikolon und die Wörter „der so ermittelte Beitrag erhöht sich um den durchschnittlichen Zusatzbeitrag nach § 242a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.
      bb) Folgende Sätze werden angefügt:

      „Maßgebend sind jeweils die Werte am 1. Juli eines Jahres; der Vergleichsbeitrag gilt für das folgende Kalenderjahr. Das Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz macht den Vergleichsbeitrag bis zum 31. August eines jeden Jahres für das Folgejahr bekannt.“
5. In § 42 Absatz 2 werden die Wörter „; dieser Beitragssatz gilt jeweils vom 1. Juli des laufenden Kalenderjahres bis zum 30. Juni des folgenden Kalenderjahres“ gestrichen.

Artikel 7

Änderung des Künstlersozialversicherungsgesetzes

Das Künstlersozialversicherungsgesetz vom 27. Juli 1981 (BGBl. I S. 705), das zuletzt durch Artikel 10 des Gesetzes vom 21. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2933) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 16 Absatz 1 Satz 1 zweiter *Halb*satz wird wie folgt gefasst:

   „die §§ 223, 234 Absatz 1, §§ 241, 242 Absatz 6 und § 242b Absatz 1, *2,* 3 und 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch finden Anwendung.“
2. Nach § 34 Absatz 1 Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

   „Bei der Bestimmung der Ausgaben im Sinne des Satzes 1 gilt ein Sozialausgleich nach § 242b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch als nicht erfolgt.“

Artikel 7

Änderung des Künstlersozialversicherungsgesetzes

Das Künstlersozialversicherungsgesetz vom 27. Juli 1981 (BGBl. I S. 705), das zuletzt durch Artikel 10 des Gesetzes vom 21. Dezember 2008 (BGBl. I S. 2933) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 16 Absatz 1 Satz 1 zweiter **Teil**satz wird wie folgt gefasst:

   „die §§ 223, 234 Absatz 1, **die** §§ 241, 242 Absatz 6 und § 242b Absatz 1 **bis** 3**,** 7 und **8** des Fünften Buches Sozialgesetzbuch finden Anwendung.“
2. u n v e r ä n d e r t

Artikel 8

Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 18 des Gesetzes vom 17. Juli 2009 (BGBl. I S. 1990) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

Artikel 8

Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 18 des Gesetzes vom 17. Juli 2009 (BGBl. I S. 1990) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

Entwurf

1. § 4 wird wie folgt geändert:

   a) *In* Absatz 2 Satz 3 *werden nach der Angabe „Absatz 6“ die Wörter „und die Summe der Mehrleistungsabschläge nach Absatz 2a“ eingefügt.*

   b) Absatz 2a wird wie folgt gefasst:

      „(2a) Abweichend von Absatz 2 Satz 1 und 2 gilt für Leistungen, die im Vergleich zur Vereinbarung für das laufende Kalenderjahr zusätzlich im Erlösbudget berücksichtigt werden, für das Jahr 2011 ein Vergütungsabschlag in Höhe von 30 Prozent (Mehrleistungsabschlag). Ab dem Jahr 2012 haben die Vertragsparteien die Höhe des Abschlags zu vereinbaren. Der Mehrleistungsabschlag nach Satz 1 oder 2 gilt nicht für zusätzlich vereinbarte Entgelte mit einem Sachkostenanteil von mehr als zwei Dritteln. Der Vergütungsabschlag ist durch einen einheitlichen Abschlag auf alle mit dem Landesbasisfallwert vergüteten Leistungen des Krankenhauses umzusetzen. Die näheren Einzelheiten der Umsetzung des Mehrleistungsabschlags vereinbaren die Vertragsparteien. Der Mehrleistungsabschlag ist in der Rechnung gesondert auszuweisen. Die Abschläge nach Satz 1 oder 2 werden bei der Ermittlung des Landesbasisfallwerts nicht absenkend berücksichtigt. Die Leistungen nach Satz 1 oder 2 sind in den Erlösbudgets für die Folgejahre jeweils in Höhe des ungekürzten Landesbasisfallwerts zu vereinbaren.“

2. In § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 wird *nach der* Angabe „§ 4 Abs.“ die *Angabe* „2a und“ *eingefügt.*

3. § 10 wird wie folgt geändert:

   a) Absatz *3 wird wie folgt geändert:*

      aa) Satz 1 Nummer 6 wird wie folgt gefasst:

Beschlüsse des 14. Ausschusses

1. § 4 wird wie folgt geändert:

   a) Absatz 2 Satz 3 **wird aufgehoben**.

   b) Absatz 2a wird wie folgt gefasst:

      „(2a) Abweichend von Absatz 2 Satz 1 und 2 gilt für Leistungen, die im Vergleich zur Vereinbarung für das laufende Kalenderjahr zusätzlich im Erlösbudget berücksichtigt werden, für das Jahr 2011 ein Vergütungsabschlag in Höhe von 30 Prozent (Mehrleistungsabschlag). Ab dem Jahr 2012 haben die Vertragsparteien die Höhe des Abschlags zu vereinbaren. Der Mehrleistungsabschlag nach Satz 1 oder 2 gilt nicht für zusätzlich vereinbarte Entgelte mit einem Sachkostenanteil von mehr als zwei Dritteln **sowie bei zusätzlichen Kapazitäten aufgrund der Krankenhausplanung oder des Investitionsprogramms des Landes; im Übrigen können die Vertragsparteien zur Vermeidung unzumutbarer Härten einzelne Leistungen von der Erhebung des Abschlags ausnehmen**. Der Vergütungsabschlag ist durch einen einheitlichen Abschlag auf alle mit dem Landesbasisfallwert vergüteten Leistungen des Krankenhauses umzusetzen. Die näheren Einzelheiten der Umsetzung des Mehrleistungsabschlags vereinbaren die Vertragsparteien. Der Mehrleistungsabschlag ist in der Rechnung gesondert auszuweisen. Die Abschläge nach Satz 1 oder 2 werden bei der Ermittlung des Landesbasisfallwerts nicht absenkend berücksichtigt. Die Leistungen nach Satz 1 oder 2 sind in den Erlösbudgets für die Folgejahre jeweils in Höhe des ungekürzten Landesbasisfallwerts zu vereinbaren.“

   c) Absatz 10 Satz 11 wird wie folgt gefasst:

      „Soweit die mit dem zusätzlichen Betrag finanzierten Neueinstellungen, Aufstockungen vorhandener Teilzeitstellen oder die vereinbarte Erprobung neuer Arbeitsorganisationsmaßnahmen in der Pflege nicht umgesetzt werden, ist der darauf entfallende Anteil der Finanzierung zurückzuzahlen; für eine entsprechende Prüfung hat das Krankenhaus den anderen Vertragsparteien eine Bestätigung des Jahresabschlussprüfers über die Stellenbesetzung am 30. Juni 2008, über die aufgrund dieser Förderung zusätzlich beschäftigten Pflegekräfte, differenziert in Voll- und Teilzeitkräfte, sowie über die jahresdurchschnittliche Stellenbesetzung zum 31. Dezember des jeweiligen Förderjahres und über die zweckentsprechende Verwendung der Mittel vorzulegen.“

2. In § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 wird **die** Angabe „§ 4 Abs. **9**“ **durch** die **Wörter „§ 4 Absatz** 2a, **7, 9** und **10**“ **ersetzt**.

3. § 10 wird wie folgt geändert:

   a) **In** Absatz **1 Satz 2 werden nach dem Wort „Fallpauschalen“ die Wörter „(B2 laufende Nummer 3)“ eingefügt.**

      aa) entfällt

Entwurf

„6. absenkend die Summe der sonstigen Zuschläge nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4, soweit die Leistungen bislang durch den Basisfallwert finanziert worden sind,“.

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Für die Anwendung von Satz 1 Nummer 5 ist in den Jahren 2011 und 2012 die halbierte Veränderungsrate maßgeblich.“

b) *Dem* Absatz *4* wird *folgender Satz angefügt*:

„Für die Verhandlung des Basisfallwerts für die Jahre 2011 und 2012 gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass die Obergrenze für die Veränderung des Basisfallwerts jeweils auf die halbierte Veränderungsrate begrenzt ist.“

c) Absatz *13 Satz 2* wird *aufgehoben*.

4. In Anlage 1 wird das Formblatt B2 wie folgt geändert:

a) *In der* laufende*n* Nummer 5 wird *die Angabe „§ 17b Abs. 1 Satz 4 KHG (§ 4 Abs. 6)“ durch die Angabe„ § 4 Absatz 2 Satz 3“ ersetzt.*

b) *In der Fußnote 2 zur* laufende*n* Nummer 6 *werden vor dem Punkt am Ende die Wörter „und des Mehrleistungsabschlags“ eingefügt.*

Artikel 9

Änderung des Versicherungsaufsichtsgesetzes

§ 12 Absatz 1c des Versicherungsaufsichtsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 17. Dezember 1992

Beschlüsse des 14. Ausschusses

bb) entfällt

b) Absatz **3** wird **wie folgt geändert**:

aa) Satz 1 wird wie folgt geändert:

aaa) Nummer 6 wird wie folgt gefasst:

„6. absenkend die Summe der sonstigen Zuschläge nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4, soweit die Leistungen bislang durch den Basisfallwert finanziert worden sind.“

bbb) Nummer 7 wird aufgehoben.

bb) Folgender Satz wird angefügt:

„Für die Anwendung von Satz 1 Nummer 5 ist für das Jahr 2011 die um 0,25 Prozentpunkte und für das Jahr 2012 die um 0,5 Prozentpunkte verminderte Veränderungsrate maßgeblich.“

c) **Dem** Absatz **4** wird **folgender Satz angefügt:**

„Für die Verhandlung des Basisfallwerts für die Jahre 2011 und 2012 gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass die Obergrenze für die Veränderung des Basisfallwerts für 2011 auf die um 0,25 Prozentpunkte und für 2012 auf die um 0,5 Prozentpunkte verminderte Veränderungsrate begrenzt ist.“

d) Absatz 13 Satz 2 wird aufgehoben.

4. In Anlage 1 wird das Formblatt B2 wie folgt geändert:

a) **Die** laufende Nummer 5 wird **wie folgt gefasst:**

„Erlösbudget[2)]“.

b) **Die** laufende Nummer 6 **wird gestrichen**.

c) In der Fußnote 2 zur neuen laufenden Nummer 5 werden die Wörter „sowie insbesondere des Abschlags wegen Nichtteilnahme an der Notfallversorgung“ gestrichen.

Artikel 9

unverändert

Entwurf

(BGBl. I 1993 S. 2), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 21. Juli 2010 (BGBl. I S. 950) geändert worden ist, wird wie folgt gefasst:

„(1c) Der Beitrag für den Basistarif ohne Selbstbehalt und in allen Selbstbehaltsstufen darf den Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigen. Dieser Höchstbeitrag ergibt sich aus der Multiplikation des allgemeinen Beitragssatzes mit der jeweils geltenden Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung; der durchschnittliche Zusatzbeitrag in der vom Bundesministerium für Gesundheit gemäß § 242a Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch jeweils bekanntgegebenen Höhe ist hinzuzurechnen. Für Personen mit Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Grundsätzen gelten die Sätze 1 und 2 mit der Maßgabe, dass an die Stelle des Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung ein Höchstbeitrag tritt, der dem prozentualen Anteil des die Beihilfe ergänzenden Leistungsanspruchs entspricht. Entsteht allein durch die Zahlung des Beitrags nach Satz 1 oder Satz 3 Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch, vermindert sich der Beitrag für die Dauer der Hilfebedürftigkeit um die Hälfte; die Hilfebedürftigkeit ist vom zuständigen Träger nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch auf Antrag des Versicherten zu prüfen und zu bescheinigen. Besteht auch bei einem nach Satz 4 verminderten Beitrag Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch, beteiligt sich der zuständige Träger nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch auf Antrag des Versicherten im erforderlichen Umfang, soweit dadurch Hilfebedürftigkeit vermieden wird. Besteht unabhängig von der Höhe des zu zahlenden Beitrags Hilfebedürftigkeit nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch, gilt Satz 4 entsprechend; der zuständige Träger zahlt den Betrag, der auch für einen Bezieher von Arbeitslosengeld II in der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen ist.“

Artikel 10

Änderung der Bundespflegesatzverordnung

§ 6 der Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 24. Juli 2010 (BGBl. I S. 983), geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In Absatz 1 Satz 3 *wird* die Angabe „und 4“ gestrichen und *werden* vor dem Punkt am Ende ein Komma und die Wörter „wobei für *die Jahre* 2011 und 2012 *jeweils* die *halbierte* Veränderungsrate anzuwenden ist“ eingefügt.

2. In Absatz 2 Satz 1 *wird* die Angabe „und 4“ gestrichen und *werden* vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und die Wörter „für *die Jahre* 2011 und 2012 *ist jeweils* die *halbierte* Veränderungsrate maßgeblich“ eingefügt.

Beschlüsse des 14. Ausschusses

Artikel 10

Änderung der Bundespflegesatzverordnung

§ 6 der Bundespflegesatzverordnung vom 26. September 1994 (BGBl. I S. 2750), die zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 24. Juli 2010 (BGBl. I S. 983), geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In Absatz 1 Satz 3 **werden** die Angabe „und 4“ gestrichen und vor dem Punkt am Ende ein Komma und die Wörter „wobei für **das Jahr** 2011 **die um 0,25 Prozentpunkte** und **für das Jahr** 2012 die **um 0,5 Prozentpunkte verminderte** Veränderungsrate anzuwenden ist“ eingefügt.

2. In Absatz 2 Satz 1 **werden** die Angabe „und 4“ gestrichen und vor dem Punkt am Ende ein Semikolon und die Wörter „für **das Jahr** 2011 **ist die um 0,25 Prozentpunkte** und **für das Jahr** 2012 die **um 0,5 Prozentpunkte verminderte** Veränderungsrate maßgeblich“ eingefügt.

Entwurf

Artikel 11

Änderung der Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung

Nach § 11a *wird in* der Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. Januar 2006 (BGBl. I S. 152), die zuletzt durch Artikel 11 des Gesetzes vom 5. August 2010 (BGBl. I S. 1127) geändert worden ist, wird folgender § 11b eingefügt:

„§ 11b
Meldung von Arbeitsentgelten bei Mehrfachbeschäftigung sowie bei Bezug von weiteren beitragspflichtigen Einnahmen

Teilt der oder die Beschäftigte oder die zuständige Krankenkasse dem Arbeitgeber mit, dass der oder die Beschäftigte eine weitere Beschäftigung aufgenommen hat oder eine andere sozialversicherungspflichtige Einnahme erzielt, ist mit der ersten folgenden Lohn- und Gehaltsabrechnung nach Beschäftigungsaufnahme, oder Erzielung der sozialversicherungspflichtigen Einnahme, monatlich eine Entgeltmeldung nach § 28a Absatz 1 Satz 1 Nummer 10 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch an die zuständige Krankenkasse zu melden, erstmals spätestens innerhalb von sechs Wochen nach diesem Zeitpunkt. Die Meldepflicht besteht, solange die Voraussetzungen nach § 28 Absatz 1 Satz 1 Nummer 10 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch vorliegen.“

Artikel 12

Änderung der Beitragsverfahrensverordnung

Nach § 8 Absatz 2 Nummer 3 der Beitragsverfahrensverordnung vom 3. Mai 2006 (BGBl. I S. 1138), die zuletzt durch Artikel 10 des Gesetzes vom 5. August 2010 (BGBl. I S. 1127) geändert worden ist, wird folgende Nummer 3a eingefügt:

„3a. die Daten der von den Krankenkassen übermittelten Meldungen, die Auswirkungen auf die Beitragsberechnung des Arbeitgebers haben,“.

Artikel 13

Aufhebung der GKV-Beitragssatzverordnung

Die GKV-Beitragssatzverordnung zur Festlegung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 29. Oktober 2008 (BGBl. I S. 2109), die zuletzt durch Artikel 14 des Gesetzes vom 2. März 2009 (BGBl. I S. 416) geändert worden ist, wird aufgehoben.

Artikel 14

Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

Die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung vom 3. Januar 1994 (BGBl. I S. 55), die zuletzt durch Artikel 2 der Verordnung vom 4. Juni 2010 (BGBl. I S. 753) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

Beschlüsse des 14. Ausschusses

Artikel 11

Änderung der Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung

Nach § 11a der Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 23. Januar 2006 (BGBl. I S. 152), die zuletzt durch Artikel 11 des Gesetzes vom 5. August 2010 (BGBl. I S. 1127) geändert worden ist, wird folgender § 11b eingefügt:

unverändert

Artikel 12

unverändert

Artikel 13

unverändert

Artikel 14

Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung

Die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung vom 3. Januar 1994 (BGBl. I S. 55), die zuletzt durch Artikel 2 der Verordnung vom 4. Juni 2010 (BGBl. I S. 753) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
1. § 36 wird wie folgt geändert: a) Absatz 2 wird wie folgt gefasst: „(2) Das Bundesversicherungsamt stellt im Voraus die Grundpauschale für ein Ausgleichsjahr auf der Grundlage der für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgeblichen Werte fest.“ b) Absatz 3 wird wie folgt geändert: aa) In Satz 1 werden die Wörter „für das Jahr 2009 erfolgt bis zum 1. Januar 2009“ durch die Wörter „für das Jahr 2011 erfolgt bis zum 5. Januar 2011“ ersetzt. bb) In Satz 2 werden die Wörter „der für das Jahr 2009 ermittelten Grundpauschalen erfolgt bis zum 15. Januar 2009“ durch die Wörter „der für das Jahr 2011 ermittelten Grundpauschalen erfolgt bis zum 15. Januar 2011“ ersetzt.	1. unverändert
2. § 37 wird wie folgt geändert: a) In Absatz 1 Satz 2, Absatz 3 Satz 1 und Absatz 4 Satz 2 werden jeweils die Wörter „der Beitragssatzfestlegung nach den §§ 241 und 243 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu Grunde liegenden Prognosen“ durch die Wörter „für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgeblichen Werte“ ersetzt. b) Dem Absatz 1 wird folgender Satz angefügt: „Bei der Ermittlung der Zuweisungen für die Ausgleichsjahre 2011 und 2012 sind die Verwaltungsausgaben des Jahres 2010 zugrunde zu legen.“ c) In Absatz 5 werden die Wörter „für das Jahr 2009 erfolgt bis zum 1. Januar 2009“ durch die Wörter „für das Jahr 2011 erfolgt bis zum 5. Januar 2011“ ersetzt.	2. unverändert
3. § 40 wird wie folgt geändert:	3. § 40 wird wie folgt geändert: **a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:**
*a) In Absatz 1 werden i*n dem Satzteil vor Nummer 1 die Wörter „von der Bundesregierung festgelegten Beitragssätze nach den §§ 241 und 243 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie der der Beitragssatzfestlegung zu Grunde liegenden Prognosen“ durch die Wörter „für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgeblichen Werte“ ersetzt.	**aa) I**n dem Satzteil vor Nummer 1 **werden** die Wörter „von der Bundesregierung festgelegten Beitragssätze nach den §§ 241 und 243 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie der der Beitragssatzfestlegung zu Grunde liegenden Prognosen“ durch die Wörter „für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch maßgeblichen Werte“ ersetzt. **bb) In Nummer 1 werden nach der Angabe „§ 39 Abs. 5“ die Wörter „, die Kosten nach § 28q Absatz 1a des Vierten Buches Sozialgesetzbuch“ eingefügt.**
b) In Absatz 2 werden die Wörter „für das Jahr 2009 erfolgt bis zum 1. Januar 2009“ durch die Wörter „für das Jahr 2011 erfolgt bis zum 5. Januar 2011“ ersetzt.	b) unverändert
4. § 41 Absatz 1 wird wie folgt geändert: a) In Nummer 2 wird die Angabe „Satz 1“ durch die Angabe „Satz 2“ ersetzt.	4. unverändert

Entwurf	Beschlüsse des 14. Ausschusses
b) Folgender Satz wird angefügt: „§ 37 Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend.“	
Artikel 15 **Inkrafttreten**	**Artikel 15** **Inkrafttreten**
(1) Dieses Gesetz tritt am 1. Januar 2011 in Kraft, soweit in den folgenden Absätzen nichts Abweichendes bestimmt ist.	(1) unverändert
(2) Artikel 1 Nummer 4 Buchstabe b Doppelbuchstabe aa tritt mit Wirkung vom 1. Januar 2008 in Kraft.	(2) Artikel 1 Nummer 4 Buchstabe **a und Buchstabe** b Doppelbuchstabe aa tritt mit Wirkung vom 1. Januar 2008 in Kraft.
(3) Artikel 1 Nummer 11 tritt mit Wirkung vom 1. Januar 2010 in Kraft.	(3) unverändert
(4) Artikel 1, Nummer 5, 7, 8 und 9 sowie Artikel 8 Nummer 1, *3* Buchstabe a Doppelbuchstabe bb und Buchstabe *b*, Nummer 4 und Artikel 10 treten mit Wirkung vom 22. September 2010 in Kraft.	(4) Artikel 1, Nummer 5, 7, 8 und 9 sowie Artikel 8 Nummer 1 Buchstabe**n a und b, Nummer 3 Buchstabe a, Buchstabe b Doppelbuchstabe aa Dreifachbuchstabe bbb,** Doppelbuchstabe bb und Buchstabe c, Nummer 4 und Artikel 10 treten mit Wirkung vom 22. September 2010 in Kraft.
(5) Artikel 1 Nummer 2 und Artikel 6 Nummer 2 treten am 31. Dezember 2010 in Kraft.	(5) unverändert
	(6) Artikel 1 Nummer 3a, 3c Buchstabe a und Nummer 10b tritt am 2. Januar 2011 in Kraft.
(*6*) Die Artikel 2, 4, 11 und 12 treten am 1. Januar 2012 in Kraft.	(**7**) Die Artikel 2, 4, 11 und 12 treten am 1. Januar 2012 in Kraft.

Bericht der Abgeordneten Jens Spahn, Dr. Karl Lauterbach, Ulrike Flach, Harald Weinberg und Birgitt Bender

A. Allgemeiner Teil

I. Überweisung

a) Der Deutsche Bundestag hat den Gesetzentwurf auf **Drucksache 17/3040** in seiner 62. Sitzung am 30. September 2010 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er ihn zur Mitberatung an den Innenausschuss, den Finanzausschuss, den Haushaltsausschuss, den Ausschuss für Wirtschaft und Technologie, den Ausschuss für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz, den Ausschuss für Arbeit und Soziales sowie gemäß § 96 GO-BT an den Haushaltsausschuss überwiesen.

b) Der Deutsche Bundestag hat den Gesetzentwurf auf **Drucksachen 17/3360, 17/3441** in seiner 68. Sitzung am 28. Oktober 2010 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er den Gesetzentwurf zur Mitberatung an den Innenausschuss, den Haushaltsausschuss, den Ausschuss für Wirtschaft und Technologie, den Ausschuss für Arbeit und Soziales, den Ausschuss für Frauen, Senioren, Familie und Jugend sowie gemäß § 96 GO-BT an den Haushaltsausschuss überwiesen.

c) Den Antrag auf **Drucksache 17/3427** hat der Deutsche Bundestag in seiner 69. Sitzung am 29. Oktober 2010 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen.

d) Den Antrag auf **Drucksache 17/1238** hat der Deutsche Bundestag in seiner 41. Sitzung am 7. Mai 2010 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er ihn zur Mitberatung an den Innenausschuss, den Rechtsausschuss, den Finanzausschuss, den Ausschuss für Wirtschaft und Technologie, den Ausschuss für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz, den Ausschuss für Arbeit und Soziales sowie an den Ausschuss für Frauen, Senioren, Familie und Jugend überwiesen.

e) Die Unterrichtung durch die Bundesregierung auf **Drucksache 16/12639** hat der Deutsche Bundestag in seiner 40. Sitzung am 6. Mai 2010 in erster Lesung beraten und zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Gesundheit überwiesen. Außerdem hat er sie zur Mitberatung an den Rechtsausschuss und den Ausschuss für Frauen, Senioren, Familie und Jugend überwiesen.

II. Wesentlicher Inhalt der Vorlagen

Zu den Buchstaben a und b

Deutschland hat nach Ansicht der Fraktionen der CDU/CSU und FDP ein leistungsfähiges Gesundheitswesen, das allen Bürgerinnen und Bürgern Zugang zu einer hochwertigen Gesundheitsversorgung biete. Dieses bewährte System stehe jedoch vor Herausforderungen, die sich aus dem demografischen Wandel und dem medizinisch-technischen Fortschritt ergäben. Seit vielen Jahren nähmen die Ausgaben der GKV schneller zu als die beitragspflichtigen Einnahmen. Steigende Beitragssätze führten jedoch zu steigenden Lohnkosten und gefährdeten Arbeitsplätze.

Damit die Leistungsfähigkeit und die Qualität der medizinischen Versorgung weiterhin erhalten werden könnten, müsse das deutsche Gesundheitssystem vor allem in Richtung auf eine nachhaltige und sozial ausgewogene Finanzierung weiterentwickelt werden. Dazu sei es erforderlich, das geltende Finanzierungssystem der GKV wettbewerbsfreundlicher auszugestalten. Unverzerrte Preissignale und eine Stärkung der Beitragsautonomie der Krankenkassen seien hierfür unverzichtbar. Ein unmittelbarer Handlungsbedarf bestehe im Hinblick auf das für das Jahr 2011 zu erwartende Defizit von bis zu 11 Mrd. Euro, das im Rahmen des bestehenden Systems der Zusatzbeiträge viele Krankenkassen in finanzielle Schwierigkeiten bringen und manche sogar in die Insolvenz treiben würde.

Die Reform enthalte im Einzelnen Regelungen erstens zur Begrenzung der Ausgaben, zweitens zur Stärkung der Finanzierungsgrundlagen und drittens zu einem gerechten Sozialausgleich:

1. Begrenzung der Ausgaben

- Ein Teil der aktuellen defizitären Finanzentwicklung der GKV sei auf einen Anstieg der Verwaltungskosten zurückzuführen. Daher wird festgelegt, dass die Verwaltungskosten der Krankenkassen in den nächsten beiden Jahren im Vergleich zum Jahr 2010 nicht ansteigen dürfen. Die Krankenkassen leisteten damit einen eigenen Beitrag zur finanziellen Konsolidierung der GKV.
- Für Leistungen, die Krankenhäuser im Vergleich zum jeweiligen Vorjahr zusätzlich vereinbaren (Mehrleistungen), wird ein Abschlag in Höhe von 30 Prozent für das Jahr 2011 festgelegt. Ab 2012 ist der Abschlag vertraglich zu vereinbaren.
- Die Preise für akutstationäre Krankenhausleistungen und die Krankenhausbudgets von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen dürfen in den Jahren 2011 und 2012 lediglich in Höhe der halben statt der vollen Grundlohnrate ansteigen.
- Der Ausgabenzuwachs bei der Vergütung der vertragsärztlichen Versorgung wird in den Jahren 2011 und 2012 begrenzt. Kostenrisiken aus Preiserhöhungen und bestimmten Mengenzuwächsen werden ausgeschlossen. Medizinisch nicht begründbare Ausgabenentwicklungen der sogenannten extrabudgetär zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen werden begrenzt.
- Um das Wirtschaftlichkeitsgebot in der hausarztzentrierten Versorgung (HzV) zu stärken, wird in § 73b SGB V eine Regelung getroffen, die die Mehrkosten der Vergütung ärztlicher Leistungen in der hausarztzentrierten Versorgung gegenüber der hausärztlichen Vergütung in der kollektivvertraglichen Regelversorgung begrenzt.
- Die Punktwerte und Gesamtvergütungen für die vertragszahnärztliche Behandlung ohne Zahnersatz dürfen sich in

den Jahren 2011 und 2012 jeweils höchstens um die Hälfte der für das jeweilige Jahr festgestellten Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen erhöhen.

2. Stärkung der Finanzierungsgrundlagen

- Die aufgrund der Wirtschafts- und Finanzkrise mit Steuermitteln im Jahr 2009 finanzierte vorübergehende Absenkung des Beitragssatzes der Krankenkassen um 0,6 Prozentpunkte läuft zum Jahresende 2010 aus. Damit wird der paritätisch finanzierte Beitragssatz für Arbeitgeber und Arbeitnehmer wieder auf 14,6 Prozent – wie vor der Senkung durch das Konjunkturpaket II – angehoben, zuzüglich des mitgliederbezogenen Beitragsanteils von 0,9 Prozentpunkten.
- Der Arbeitgeberbeitrag wird auf der Höhe von 7,3 Prozent festgeschrieben. Damit können Ausgabensteigerungen nicht mehr automatisch zu steigenden Lohnkosten führen.
- Unvermeidbare, die Einnahmen übersteigende Ausgabenzuwächse werden durch einkommensunabhängige, kassenindividuell festgelegte Zusatzbeiträge der Mitglieder finanziert. Damit erhalten die Krankenkassen die für eine wettbewerbliche Ausrichtung unerlässliche Beitragsautonomie. Die einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge setzen zudem ein klares Preissignal für die Versicherten, die so zukünftig Preise und Leistungen der verschiedenen Krankenkassen besser vergleichen können. Da die Zusatzbeiträge von den Mitgliedern unabhängig von ihren Einkommen gezahlt und nicht mehr durch die bisherige Überforderungsklausel gedeckelt werden, muss keine Krankenkasse mehr befürchten, notwendige Finanzmittel nicht über Zusatzbeiträge erheben zu können.

3. Gerechter Sozialausgleich

Damit die Beitragszahler vor einer unverhältnismäßigen Belastung geschützt sind, wird ein Sozialausgleich eingeführt. Übersteigt der durchschnittliche Zusatzbeitrag 2 Prozent des individuellen sozialversicherungspflichtigen Einkommens, erfolgt ein Sozialausgleich. Der Sozialausgleich wird durchgeführt, indem der monatliche einkommensabhängige Beitragssatzanteil des Mitglieds individuell verringert wird. Er orientiert sich am durchschnittlichen Zusatzbeitrag und nicht am jeweiligen tatsächlich erhobenen Zusatzbeitrag der gewählten Krankenkasse. Damit haben alle Mitglieder einen Anreiz, zu der Krankenkasse zu wechseln, die das erwünschte Angebot zum günstigsten Preis anbietet. Diese Regelung wird im Rahmen der EDV-gestützten Abrechnung von Löhnen, Gehältern und Renten automatisch umgesetzt. Der Sozialausgleich erfolgt aus Bundesmitteln. In den Jahren 2011 bis 2014 kann der Sozialausgleich aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds gedeckt werden. Ab dem Jahr 2015 sollen zur Finanzierung des Sozialausgleichs weitere Zahlungen aus Bundesmitteln gewährt werden.

Der Bundesrat hat in seiner Stellungnahme vom 15. Oktober 2010 zum Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FinG) eine Vielzahl von Änderungen zu den Finanzierungsregelungen, zu den geplanten ausgabensenkenden Maßnahmen des Gesetzentwurfs sowie zu verschiedenen Einzelproblemen, die nicht in unmittelbarem Regelungszusammenhang mit dem GKV-FinG stehen, vorgeschlagen.

Die Bundesregierung hat in Ihrer Gegenäußerung vom 27. Oktober 2010 zur Stellungnahme des Bundesrates festgestellt, dass sie den Vorschlägen mehrheitlich nicht entsprechen könne. Bei einer Reihe der Bundesratsvorschläge werde die Bundesregierung prüfen, ob sie noch im laufenden Gesetzgebungsverfahren berücksichtigt werden können oder ob entsprechende Änderungen in einem späteren Gesetzgebungsverfahren erfolgen können.

Zu Buchstabe c

Die Antragsteller kritisieren, dass die Bundesregierung eine erhebliche Ausweitung der Kostenerstattungsregelungen in der gesetzlichen Krankenversicherung anstrebe. Die geplanten Änderungen belasteten die Patientinnen und Patienten mit überhöhten Gebühren und führten zu einem unnötigen Bürokratieaufbau bei den Kassen. Da die Patienten per Vorkasse ein gleich hohes Honorar wie Privatversicherte bezahlen müssten, von ihrer Krankenkasse aber nur das niedrigere Kassenhonorar erstattet bekämen, entstehe eine Differenz, für die sie selbst aufkommen müssten. Die PKV solle den Patienten spezielle Zusatzversicherungen anbieten, mit denen sie sich gegen die drohenden Mehrkosten absichern könnten. Mit diesen Plänen eröffne die Bundesregierung der PKV ein lohnendes neues Geschäftsfeld, begünstige einseitig die niedergelassenen Fachärzte und schaffe letztlich ein Drei-Klassen-System aus Privatversicherten sowie gesetzlich Versicherten mit und ohne Kostenerstattung. Insgesamt sei dies als eine Lobbypolitik zugunsten Besserverdienender zu werten, die letztlich die Grundlagen der solidarischen Krankenversicherung aushöhle.

Die Bundesregierung wird aufgefordert, erstens keine Ausweitung der Kostenerstattung in der gesetzlichen Krankenversicherung vorzunehmen und zweitens am Sachleistungsprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung festzuhalten.

Zu Buchstabe d

Nach Auffassung der Antragsteller hat die seit Mitte der siebziger Jahre betriebene Kostendämpfung in der Gesundheitspolitik zunehmende Ungerechtigkeiten bei der Finanzierung des Gesundheitswesens zur Folge. Während Versicherte und Patienten durch Kürzung oder Streichung von Leistungen sowie durch die Einführung von Praxisgebühr und anderen Zuzahlungen, einen Sonderbeitrag von 0,9 Prozentpunkten und Zusatzbeiträgen immer stärker belastet würden, blieben die Arbeitgeber von der Finanzierung des Kostenanstiegs im Gesundheitswesen weitgehend verschont. Zugleich leide die gesetzliche Kranken-, aber auch die Pflegeversicherung unter einem Einnahmeproblem, da die Beitragseinnahmen insbesondere durch Arbeitslosigkeit und den Ausbau des Niedriglohnsektors hinter den Ausgaben zurückblieben. Für andere Einkommensarten wie Unternehmensgewinne und Kapitalerträge werden bislang fast keine Beiträge gezahlt.

Die Bundesregierung wird aufgefordert, ein Gesetz vorzulegen, durch das eine solidarische Bürgerinnen- und Bürgerversicherung in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung eingeführt werden soll, die allen Menschen eine umfassende Gesundheitsversorgung garantiere. Ein allgemeiner individueller Kranken- und Pflegeversicherungsanspruch ab der Geburt würde eingeführt. Die Versicherungs-

pflichtgrenze und langfristig auch die Beitragsbemessungsgrenze würden abgeschafft. Alle Menschen, die in Deutschland leben, würden Mitglied der solidarischen Bürgerinnen- und Bürgerversicherung. Keiner könne sich mehr der Solidarität entziehen, auch die privat Versicherten nicht. Das Solidarprinzip würde gestärkt, da die Beitragszahlung nach der individuellen Leistungsfähigkeit erfolge und alle Einkommensarten einbezogen würden. Die paritätische Beitragsfinanzierung solle wieder eingeführt und die Praxisgebühr und andere Zuzahlungen abgeschafft werden.

Zu Buchstabe e

Durch das zum 1. April 2007 in Kraft getretene GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) sollten die Wahlmöglichkeiten für gesetzlich Krankenversicherte, die sich anstelle des Sachleistungsprinzips für die Kostenerstattung entschieden haben, ausgeweitet und flexibilisiert werden. Die Auswahlmöglichkeiten erstrecken sich nunmehr auf verschiedene Leistungsbereiche – ärztliche Versorgung, zahnärztliche Versorgung, stationärer Bereich, veranlasste Leistungen (z. B. Heilmittel oder Häusliche Krankenpflege). Außerdem kann auch für eine Kombination dieser Bereiche die Kostenerstattung gewählt werden. Ferner wurde dem GKV-Spitzenverband mit § 13 Absatz 2 SGB V der Auftrag erteilt, dem Bundesministerium für Gesundheit zwei Jahre nach Inkrafttreten des GKV-WSG einen Bericht über die Erfahrungen mit der Neuregelung zur Weiterleitung an den Deutschen Bundestag vorzulegen. Dieser Bericht wurde dem BMG mit Schreiben vom 25. März 2009 zugeleitet.

Dem Bericht ist zu entnehmen, dass die gesetzlich Krankenversicherten trotz der erweiterten Möglichkeiten bei der Wahl der Kostenerstattung nach wie vor das Sachleistungsprinzip eindeutig bevorzugen. Kostenerstattung wird nur von einem äußerst kleinen Teil der rund 70,2 Millionen gesetzlich Krankenversicherten gewählt. Vor Inkrafttreten des GKV-WSG waren es rund 122 000 Versicherte oder 0,17 Prozent und danach – im zweiten Halbjahr 2008 – rund 132.000 Personen oder 0,19 Prozent aller gesetzlich Versicherten.

III. Stellungnahmen der mitberatenden Ausschüsse

Der **Innenausschuss** hat in seiner 26. Sitzung am 10. November 2010 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksache 17/3040 in der Fassung der Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und FDP im federführenden Ausschuss (Ausschussdrucksachen 17(14)0072, 17(14)0072.2 und 17(14)0072.3) sowie den Gesetzentwurf der Bundesregierung auf Drucksache 17/3360 anzunehmen. Außerdem hat der Ausschuss mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion der SPD beschlossen zu empfehlen, den Antrag der Fraktion DIE LINKE. auf Drucksache 17/1238 abzulehnen.

Der **Rechtsausschuss** hat in seiner 27. Sitzung am 10. November 2010 mit den Stimmen aller Fraktionen beschlossen zu empfehlen, die Unterrichtung auf Drucksache 16/12639 zur Kenntnis zu nehmen. Ferner hat der Ausschuss mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion der SPD beschlossen zu empfehlen, den Antrag der Fraktion DIE LINKE. auf Drucksache 17/1238 abzulehnen.

Der **Finanzausschuss** hat in seiner 32. Sitzung am 10. November 2010 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksache 17/3040 in der Fassung der Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und FDP im federführenden Ausschuss (Ausschussdrucksachen 17(14)0072, 17(14)0072.2 und 17(14)0072.3) anzunehmen. Außerdem hat der Ausschuss mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion der SPD beschlossen zu empfehlen, den Antrag der Fraktion DIE LINKE. auf Drucksache 17/1238 abzulehnen.

Der **Haushaltsausschuss** hat in seiner 37. Sitzung am 10. November 2010 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksache 17/3040 in der Fassung der Änderungsanträge auf Ausschussdrucksachen 17(8)2447, 17(8)2447zu und 17(8)2447zu1.Erg. anzunehmen und den Gesetzentwurf der Bundesregierung auf Drucksachen 17/3360 und 17/3441 für erledigt zu erklären.

Der **Ausschuss für Wirtschaft und Technologie** hat in seiner 30. Sitzung am 10. November 2010 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen, die Änderungsanträge auf Ausschussdrucksachen 17(9)248, 17(9)308 und 17(9)315 zum Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP auf Drucksache 17/3040 anzunehmen. Außerdem hat der Ausschuss mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion der SPD beschlossen, den Änderungsantrag auf Ausschussdrucksache 17(9)316 zum Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP auf Drucksache 17/3040 abzulehnen. Ferner hat der Ausschuss mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksache 17/3040 in der von ihm geänderten Fassung anzunehmen. Weiterhin hat der Ausschuss mit den Stimmen aller Fraktionen beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf der Bundesregierung auf Drucksachen 17/3360, 17/3441 für erledigt zu erklären. Außerdem hat der Ausschuss mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, FDP, SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. beschlossen zu empfehlen, den Antrag der Fraktion DIE LINKE. auf Drucksache 17/1238 abzulehnen.

Der **Ausschuss für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz** hat in seiner 25. Sitzung am 10. November 2010 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfeh-

len, den Gesetzentwurf auf Drucksache 17/3040 in der Fassung der Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und FDP auf Ausschussdrucksachen 17(10)269, 17(10)269 (Ergänzung) und 17(10)311 anzunehmen. Außerdem hat der Ausschuss mit den Stimmen der Fraktionen CDU/CSU, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion der SPD beschlossen zu empfehlen, den Antrag der Fraktion DIE LINKE. auf Drucksache 17/1238 abzulehnen.

Der **Ausschuss für Arbeit und Soziales** hat in seiner 39. Sitzung am 10. November 2010 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen, die Änderungsanträge auf Ausschussdrucksachen 17(11)283, 17(11)303 und 17(11)306 zum Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP auf Drucksache 17/3040 anzunehmen. Außerdem hat der Ausschuss mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen, den Änderungsantrag auf Ausschussdrucksache 17(11)307 zum Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP auf Drucksache 17/3040 abzulehnen. Ferner hat der Ausschuss mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksache 17/3040 sowie den Gesetzentwurf auf Drucksache 17/3360 in der von ihm geänderten Fassung anzunehmen. Weiterhin hat der Ausschuss mit den Stimmen aller Fraktionen beschlossen zu empfehlen, die Unterrichtung durch die Bundesregierung auf Drucksache 17/3441 für erledigt zu erklären. Außerdem hat der Ausschuss mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Antrag der Fraktion DIE LINKE. auf Drucksache 17/1238 abzulehnen.

Der **Ausschuss für Frauen, Senioren, Familie und Jugend** hat in seiner 26. Sitzung am 10. November 2010 mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen, die Änderungsanträge auf Ausschussdrucksachen 17(13)61a, 17(13)61b und 17(13)61c zum Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP auf Drucksache 17/3040 anzunehmen. Ferner hat der Ausschuss mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Gesetzentwurf auf Drucksache 17/3040 in der von ihm geänderten Fassung anzunehmen. Außerdem hat der Ausschuss mit den Stimmen aller Fraktionen beschlossen zu empfehlen, die Unterrichtungen durch die Bundesregierung auf Drucksachen 16/12639 und 17/3441 zur Kenntnis zu nehmen. Ferner hat der Ausschuss mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN beschlossen zu empfehlen, den Antrag der Fraktion DIE LINKE. auf Drucksache 17/1238 abzulehnen.

IV. Beratungsverlauf und Beratungsergebnisse im federführenden Ausschuss

Der Ausschuss für Gesundheit hat in seiner 17. Sitzung am 29. September 2010 beschlossen, zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP auf Drucksache 17/3040 vorbehaltlich der Überweisung durch das Plenum des Deutschen Bundestages sowie zu dem Antrag der Fraktion DIE LINKE. auf Drucksache 17/1238 eine öffentliche Anhörung durchzuführen. In seiner 20. Sitzung am 6. Oktober 2010 hat der Ausschuss die Beratungen über den Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP auf Drucksache 17/3040 sowie über den Antrag der Fraktion DIE LINKE. auf Drucksache 17/1238 aufgenommen.

Der erste Teil der öffentlichen Anhörung fand in der 21. Sitzung am 25. Oktober 2010 statt und betraf die Themenfelder Beitragssatz, Zusatzbeiträge und Sozialausgleich. Als sachverständige Verbände waren eingeladen:

AOK-Bundesverband (AOK-BV), Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen e. V. (ABV), Arbeitsgemeinschaft für betriebliche Altersversorgung e. V. (aba), Betriebskrankenkassen im Unternehmen e. V. (BKKiU), Bundesagentur für Arbeit (BA), Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e. V. (BAGFW), Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO) e. V., Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V. (BAG SELBSTHILFE), Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BKK-BV), Bundesverband der Deutschen Industrie e. V. (BDI), Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e. V. (BDA), Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV-Bund), Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (KBS), Deutscher Beamtenbund und Tarifunion (dbb), Deutscher Behindertenrat (DBR), Deutscher Caritasverband e. V., Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB), Deutscher Landkreistag, Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V. – (DPWV), Deutscher Städte- und Gemeindebund e. V. (DStGB), Deutscher Städtetag (DST), Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e. V. (EKD), Gemeinsame Vertretung der Innungskrankenkassen e. V. (IKK), Gewerkschaft der Sozialversicherung (GdS), GKV-Spitzenverband, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS), Sozialverband Deutschland e. V. (SoVD), Sozialverband VdK Deutschland e. V. , Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung (LSV-SpV), Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD gGmbH i.G.), Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Verband der Krankenversicherten Deutschlands (VKVD), Verband der privaten Krankenversicherung e. V. (PKV), Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (vzbv), ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft, Verein Demokratischer Ärztinnen und Ärzte (VDÄÄ), Vereinigung der Kommunalen Arbeitgeberverbände (VKA), Versorgungsanstalt des Bundes und der Länder (VBL), Volkssolidarität – Bundesverband e. V. (VS), Zentralverband des Deutschen Handwerks e. V. (ZDH).

Außerdem waren als Einzelsachverständige Prof. Dr. Stefan Greß, Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger, Ingo Kailuweit, Wilfried Jacobs, Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke, Dr. Markus Lüngen sowie Dr. Thomas Drabinski eingeladen.

Der zweite Teil der öffentlichen Anhörung fand in der 22. Sitzung am 25. Oktober 2010 statt und betraf das Themenfeld Begrenzung der Ausgaben. Als sachverständige Verbände waren eingeladen:

AOK-Bundesverband (AOK-BV), Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden e. V. (BDK), Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. (BVKJ), Betriebskrankenkassen im Unternehmen e. V. (BKKiU), Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger psychiatrischer Krankenhäuser (BAG-Psychiatrie), Bundesärztekammer (BÄK), Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BKK-BV), Bundesverband Deutscher Privatkliniken e. V. (BDPK), Bundesverband für Ambulantes Operieren e. V. (BAO), Bundesverband Hausärztlicher Internisten e. V. (BHI), Bundesverband Niere e. V., Bundeszahnärztekammer (BZÄK), Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG), Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (KBS), Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe Bundesverband e. V. (DBfK), Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB), Deutscher Hausärzteverband e. V., Deutscher Landkreistag, Deutscher Städte- und Gemeindebund e. V. (DStGB), Deutscher Städtetag (DST), Gemeinsame Vertretung der Innungskrankenkassen e. V. (IKK), Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e. V. (GKind), Gewerkschaft der Sozialversicherung (GdS), GKV-Spitzenverband, Hartmannbund Verband der Ärzte Deutschlands e. V., Interessenverband kommunaler Krankenhäuser (IVKK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV), Marburger Bund Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e. V., NAV Virchow-Bund Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e. V., Sozialverband Deutschland e. V. (SoVD), Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung (LSV-SpV), Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek), Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V. (VKD), Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e. V. (VLK), Verband der privaten Krankenversicherung e. V. (PKV), Verband der Universitätsklinika Deutschlands e. V. (VUD), ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft, Verein Demokratischer Ärztinnen und Ärzte (VDÄÄ).

Außerdem waren als Einzelsachverständige Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger, Erwin Jordan, Prof. Dr. Ferdinand M. Gerlach, MPH sowie Dr. Christopher Hermann eingeladen.

Auf die entsprechenden Wortprotokolle und die als Ausschussdrucksachen verteilten Stellungnahmen der Sachverständigen wird Bezug genommen.

Der Ausschuss hat seine Beratungen über den Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP auf Drucksache 17/3040 sowie über den Antrag der Fraktion DIE LINKE. auf Drucksache 17/1238 in seiner 23. Sitzung am 27. Oktober 2010 und in seiner 24. Sitzung am 8. November 2010 fortgesetzt. Außerdem hat der Ausschuss seine Beratungen über den Gesetzentwurf der Bundesregierung auf Drucksachen 17/3360 und 17/3441 sowie über den Antrag der Fraktion der SPD auf Drucksache 17/3427 in seiner 24. Sitzung am 8. November 2010 aufgenommen. Die Beratungen über die Unterrichtung durch die Bundesregierung auf Drucksache 16/12639 hat der Ausschuss in seiner 23. Sitzung am 27. Oktober 2010 aufgenommen und in seiner 24. Sitzung am 8. November 2010 fortgesetzt.

Der **Ausschuss für Gesundheit** hat die Beratungen über den Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP auf Drucksache 17/3040, den Gesetzentwurf der Bundesregierung auf Drucksachen 17/3360 und 17/3441, die Unterrichtung durch die Bundesregierung auf Drucksache 16/12639, über den Antrag der Fraktion DIE LINKE. auf Drucksache 17/1238 sowie über den Antrag der Fraktion der SPD auf Drucksache 17/3427 in seiner 25. Sitzung am 10. November 2010 fortgesetzt und abgeschlossen. Als Ergebnis empfiehlt er mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, den Gesetzentwurf auf Drucksache 17/3040 in der von ihm geänderten Fassung anzunehmen. Ferner empfiehlt der Ausschuss mit den Stimmen aller Fraktionen, den Gesetzentwurf der Bundesregierung auf Drucksachen 17/3360 und 17/3441 für erledigt zu erklären. Ferner empfiehlt der Ausschuss mit den Stimmen aller Fraktionen, die Unterrichtung durch die Bundesregierung auf Drucksache 16/12639 zur Kenntnis zu nehmen. Außerdem empfiehlt der Ausschuss mit den Stimmen der Fraktionen CDU/ CSU, FDP und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN gegen die Stimmen der Fraktion DIE LINKE. bei Stimmenthaltung der Fraktion der SPD, den Antrag der Fraktion DIE LINKE. auf Drucksache 17/1238 abzulehnen. Außerdem empfiehlt der Ausschuss mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, den Antrag der Fraktion der SPD auf Drucksache 17/3427 abzulehnen.

Der Ausschuss hat eine Reihe von Änderungen zu verschiedenen Aspekten des Gesetzentwurfs auf Drucksache 17/3040 beschlossen. Diese haben im Wesentlichen folgenden Inhalt:

Die Regelungen zu den Wahltarifen nach § 53 SGB V werden im Hinblick auf die Wahlfreiheit der Versicherten weiterentwickelt: Die Mindestbindungsfrist für die Tarife „Prämienzahlung“, „Kostenerstattung“ und „Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen“ wird auf ein Jahr reduziert. Das Sonderkündigungsrechts bei der Erhebung oder Erhöhung von Zusatzbeiträgen bzw. Verringerung von Prämienzahlungen nach § 175 Absatz 4 Satz 5 SGB V gilt künftig auch für Teilnehmer an Wahltarifen (Ausnahme: Krankengeld). Im Hinblick auf das Verbot der Quersubventionierung ist künftig mindestens alle drei Jahre ein versicherungsmathematisches Gutachten vorzulegen.

Damit aufgrund der verbesserten Entwicklung der Grundlohnrate für 2011 und 2012 das Einsparziel im Bereich der zahnärztlichen Versorgung und der Krankenhausversorgung nicht erhöht wird, findet anstelle der jeweils halbierten Grundlohnrate für das Jahr 2011 die um 0,25 Prozentpunkte und für das Jahr 2012 die um 0,5 Prozentpunkte verminderte Veränderungsrate Anwendung.

Durch Anpassungen des Gesetzentwurfs wird in den Jahren 2011 und 2012 auch für die ambulante ärztliche Versorgung der gesetzlich Versicherten mehr Geld zur Verfügung gestellt.

Des Weiteren hat der Ausschuss Änderungen im Hinblick auf die Weiterentwicklung der Zusatzbeiträge beschlossen:

Unter anderem wird der Zusatzbeitrag für Personen, die allein durch die Erhebung des Zusatzbeitrags hilfebedürftig würden, in der erforderlichen Höhe durch die Bundesagentur für Arbeit gezahlt. Dieser werden diese Aufwendungen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds erstattet. Die Leistungen des Bundes für den Sozialausgleich ab dem Jahr 2015 beinhalten in voller Höhe auch diese Zahlungen.

Für Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II erhalten die Krankenkassen den kassenindividuellen, höchstens den durchschnittlichen Zusatzbeitrag aus der Liquiditätsreserve. Ist der kassenindividuelle höher als der durchschnittliche Zusatzbeitrag, kann die Krankenkasse die Differenz von den Bezieherinnen und Beziehern von Arbeitslosengeld II einfordern.

Der Verspätungszuschlag bei Nichtzahlung von Zusatzbeiträgen wird dahingehend konkretisiert, dass er bei dauerhafter Nichtzahlung alle 6 Monate und mindestens in Höhe von 20 Euro erhoben wird.

Die diesen Änderungen zugrunde liegenden Anträge der Fraktionen der CDU/CSU und FDP auf Ausschussdrucksachen 17(14)0072, 17(14)0072.2 und 17(14)0072.3 hat der Ausschuss mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen SPD, DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN angenommen.

Darüber hinaus lag dem Ausschuss ein weiterer Änderungsantrag der Fraktion DIE LINKE. vor, der mit den Stimmen der Fraktionen der CDU/CSU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen DIE LINKE. und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN bei Stimmenthaltung der Fraktion der SPD abgelehnt wurde:

Änderungsantrag zum Entwurf des Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG/Drs. 17/3040):

1. *Nach Artikel 14 wird folgender Artikel 15 eingefügt:*

   „Artikel 15
   Änderung des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch

   In § 32 Abs. 4 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch – Sozialhilfe – (Artikel 1 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003, BGBl. I S. 3022, 3023), das zuletzt durch ... geändert worden ist, werden die Worte „in der ab dem 1. Januar 2009 geltenden Fassung“ gestrichen.“

2. *Artikel 15 wird Artikel 16.*

Begründung:

Es ist ein rechtsstaatliches Gebot, dass der Gesetzgeber bei der Gesetzbebung nach bestem Wissen und Gewissen Rechtssicherheit schaffen sollte. Ohne diese Änderung wäre aber die Rechtssicherheit bedroht.

Für Sozialhilfebezieher sollen Zusatzbeiträge vom Sozialhilfeträger übernommen werden. Diese Absicht bestätigen unisono das Bundesministerium für Gesundheit (http://www.bundesgesundheitsministerium.de/cln_160/SharedDocs/Downloads/DE/Presse/Presse-2010/pm-10-09-22-Informationspapier-zum-Finanzierungsgsetz,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/pm-10-09-22-Informationspapier-zum-Finanzierungsgesetz.pdf, Seite 6 unten), wie auch die Koalitionspolitiker Jens Spahn (CDU/CSU) und Ulrike Flach (FDP) (http://www.derwesten.de/nachrichten/wirtschaft-und-finanzen/Arbeitslose-von-Zusatzbeitrag-befreit-id3575123.html).

Dieses Ziel ist aber ohne Zustimmung zu diesem Änderungsantrag in Gefahr:

Mit dem GKV-FinG wird der § 242 SGB V (Erhebung von Zusatzbeiträgen) geändert. Damit wird die Deckelung der Zusatzbeiträge auf 1% bzw. 8 Euro beendet; stattdessen haben die Kassen nun die Möglichkeit, unbegrenzte Zusatzbeiträge zu erheben. Die Sozialhilfeträger müssen nach dem bestehenden § 32 Absatz 4 SGB XII, der bei Nichtannahme dieses Änderungsantrags auch nicht geändert wird, Zusatzbeiträge nach § 242 „in der ab dem 1. Januar 2009 geltenden Fassung“ übernehmen.

Nach Auskunft der Bundesregierung in der Fragestunde vom 06.10.2010 auf die Frage von Harald Weinberg MdB ist rechtlich völlig unklar, ob mit der beabsichtigten Gesetzgebung die Sozialhilfeträger nach altem oder neuem Recht Zusatzbeiträge übernehmen müssen:

„Der Wortlaut von § 32 Abs. 4 Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch, SGB XII, könnte grundsätzlich sowohl als statischer Verweis auf die bisherige Rechtslage mit der entsprechenden Begrenzung der Zusatzbeiträge wie auch als dynamischer Verweis auf die nach § 242 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch, SGB V, jeweils gültigen Regelungen zu den Zusatzbeiträgen ausgelegt werden.“, so PSt Daniel Bahr in seiner Antwort.

Würden die Sozialhilfeträger die für sie günstigere Variante mit der bisherigen Begrenzung der Zusatzbeiträge wählen und nur gedeckelte Zusatzbeiträge übernehmen, entstünde eine neue Deckungslücke, da die Krankenkassen ein Recht auf die vollständige Zahlung haben. Ein Rechtsstreit zwischen Sozialhilfeträgern, -beziehern und Krankenkassen ist für diesen Fall vorprogrammiert. Resultat könnte sein, dass die Sozialhilfebezieher auf diesen Kosten sitzenbleiben.

Das ist offensichtlich nicht beabsichtigt. Deshalb ist dieser Änderungsantrag als eine redaktionelle Änderung zur Herstellung von Rechtssicherheit notwendig.

Zu dem Gesetzentwurf auf Drucksache 17/3040 lagen dem Ausschuss zwei Petitionen vor, zu denen der Petitionsausschuss eine Stellungnahme nach § 109 GO-BT angefordert hatte.

Die Petenten sprachen sich im Wesentlichen aus

– für eine Abschaffung der Trennung in eine private und eine gesetzliche Krankenversicherung,
– für die Einbeziehung aller Einkommensarten in die Berechnung des Krankenkassenbeitrags,
– für einen generellen Ausschluss von einkommensunabhängigen Zusatzbeiträgen,
– für die vollständige Wiederherstellung einer paritätischen, ausschließlich einkommensbezogenen Beitragsgestaltung,
– für die stärkere Ausschöpfung von Einsparpotentialen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung,
– für die vollständige Umstellung der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung auf eine steuerfinanzierte Pauschalprämie,

– für eine stärkere Ausschöpfung von Sanktionsmöglichkeiten der gesetzlichen Krankenversicherung zur Durchsetzung von Beitragforderungen.

Den Anliegen der Petenten wurde ganz überwiegend nicht entsprochen. Lediglich der Forderung, die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung vollständig auf eine steuerfinanzierte Pauschalprämie umzustellen, wurde durch die Erweiterung der Möglichkeiten zur Erhebung einkommensunabhängiger, kassenindividuell festgelegter Zusatzbeiträge teilweise entsprochen.

Außerdem lagen dem Ausschuss zu dem Antrag auf Drucksache 17/1238 drei Petitionen vor, zu denen der Petitionsausschuss eine Stellungnahme nach § 109 GO-BT angefordert hatte.

Die Petenten sprachen sich im Wesentlichen aus

– für die Einführung der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung für alle Personenkreise,

– für die Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze und damit auch der privaten Krankenversicherung,

– für die Einführung einer Bürgerversicherung.

Den Anliegen der Petenten wurde nicht entsprochen, da der Antrag abgelehnt wurde.

Die **Fraktion der CDU/CSU** wies darauf hin, dass es sich beim GKV-Finanzierungsgesetz um den ersten Teil eines umfassenden Vorhabens zur Reform des Gesundheitswesens handele. Angesichts eines Defizits in Höhe von 9 Mrd. Euro sei es erforderlich gewesen, zuerst das Finanzierungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung zu reformieren und dabei die steigenden Kosten im Gesundheitswesen aufzufangen, ohne zusätzliche Belastungen im Bereich der Lohnnebenkosten zu schaffen. Durch die Anhebung des Beitragssatzes flössen der gesetzlichen Krankenversicherung Mehreinnahmen in Höhe von 6 Mrd. Euro zu. Zudem führten die Neuregelungen auf der Ausgabenseite zu Einsparungen im Umfang von 3,5 Mrd. Euro im Jahre 2011 und 4 Mrd. Euro im Jahre 2012. Dabei müssten alle Leistungserbringer, von den Krankenhäusern bis hin zu den niedergelassenen Ärzten, ihren Beitrag leisten. Mit der Erweiterung der Möglichkeiten zur Erhebung von Zusatzbeiträgen werde den Krankenkassen die Beitragsautonomie zurückgegeben und zugleich ein Beitrag zu einer lohnunabhängigen Finanzierung des Gesundheitswesens geleistet. Außerdem trügen die Zusatzbeiträge dazu bei, die Preistransparenz für die Versicherten zu erhöhen und den Wettbewerb zwischen den Kassen zu beleben. Um der Gefahr einer finanziellen Überforderung von geringverdienenden Versicherten zu begegnen, habe man einen steuerfinanzierten Sozialausgleich eingeführt, der im Jahr 2011 durch einen Sonderzuschuss in Höhe von 2 Mrd. Euro aus der sogenannten Liquiditätsreserve und in den darauffolgenden Jahren direkt über den Bundeshaushalt finanziert werde. Der Sozialausgleich habe den Vorteil, dass er von der Gesamtheit der Steuerzahler und nicht nur von den Beitragszahlern finanziert werde. Der in diesem Zusammenhang häufig in die politische Debatte geworfene Begriff der Vorkasse treffe auf die Regelungen zur Kostenerstattung nicht zu, da niemand gezwungen sei, finanziell in Vorlage zu treten, bevor er eine Leistung erhalten habe. Außerdem habe man die Wahltarife so konzipiert, dass eine Quersubventionierung zwischen verschiedenen Arten von Tarifen ausgeschlossen sei. Auch in städtischen Regionen träten Versorgungsengpässe in der ambulanten ärztlichen Versorgung auf. Vor diesem Hintergrund diene die Möglichkeit, an Vertragsärzte Sicherstellungszuschläge zu zahlen, nicht nur der Verbesserung der Versorgung in ländlichen Regionen, sondern auch in städtischen Regionen. Mit der Verabschiedung des GKV-Finanzierungsgesetzes vollziehe man somit einen wichtigen Reformschritt, der den Wettbewerb im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung erheblich fördere. Um den Gesamtumfang der Reform nicht zu groß werden zu lassen, habe man sich zunächst darauf konzentriert, die Finanzierungsseite der gesetzlichen Krankenversicherung neu zu regeln. Für die Zukunft ergebe sich nun die Aufgabe, auch die Versorgungsstrukturen zu reformieren.

Die **Fraktion der FDP** wies darauf hin, dass in der politischen Debatte über die Reform der gesetzlichen Krankenversicherung häufig falsche Behauptungen vermittelt würden. Auch in Zukunft werde in Deutschland der freie Zugang zu Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in keiner Weise eingeschränkt. Vielmehr würden die bestehenden Strukturen mit dem Ziel verändert, Vorsorge für die Zukunft zu treffen. Der Reform des Finanzierungssystems der gesetzlichen Krankenversicherung werde bald auch eine Reform der Versorgungsstrukturen folgen. Angesichts der Defizite in der gesetzlichen Krankenversicherung habe man aber im Bereich der Finanzierung schnell reagieren müssen. Die in der Öffentlichkeit kursierenden Zahlen über den möglichen künftigen Finanzierungsbedarf für den Sozialausgleich entbehrten vielfach jeglicher Grundlage. Wenn in Holland der Sozialausgleich aus Steuergeldern ein höherer Betrag sei, so sei dies darauf zurückzuführen, dass dort der gesamte Arbeitnehmerbeitrag in eine Prämie umgewandelt worden sei. Dies sei mit Deutschland, wo die einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge nur einen kleinen Teil der Arbeitnehmerbeiträge ausmachten, nicht zu vergleichen. Im Zusammenhang mit der Debatte über die private Krankenversicherung werde oft übersehen, dass auch die Privaten verpflichtet seien, Einsparungen, die sie etwa durch Rabatte für Medikamente erzielten, über die Tarifgestaltung an ihre Versicherten weiterzugeben. Der vielfach von der Opposition verwendete Begriff der Vorkasse sei schon deswegen falsch, weil dies eine Zahlung vor der Erbringung der Leistung durch den Arzt bedeuten würde. Dies sei nicht der Fall und werde auch nicht geplant.

Die **Fraktion der SPD** vertrat die Auffassung, dass der vorliegende Gesetzentwurf keineswegs eine Strukturreform darstelle. Obwohl die Koalitionsfraktionen fast eineinhalb Jahre benötigt hätten, um den Gesetzentwurf auszuarbeiten, sehe er keinerlei grundlegende Veränderung in den überkommenden Strukturen vor. Auch die Entscheidung, die Möglichkeiten zur Erhebung von Zusatzbeiträgen zu erweitern, habe nicht zu einem neuen konzeptionellen Ansatz geführt. Die Koalition habe es zudem versäumt, stimmig zu begründen, auf welche Weise die Neuregelung des Zusatzbeitrages zu einer Belebung des Wettbewerbes zwischen den Kassen führen solle. Die Zusatzbeiträge würden künftig vor allem zu einer Mehrbelastung der Versicherten, insbesondere der Rentner, führen. Außerdem sei eine Beitragserhöhung beschlossen worden, die einseitig die Versicherten und die Steuerzahler belaste, während die Arbeitgeberseite von zusätzlichen Belastungen weitgehend verschont bleibe. Der Begriff der Vorkasse sei im Zusammenhang mit der Kosten-

erstattung deshalb gerechtfertigt, weil der einzelne Versicherte in diesem Modell die Arztrechnung begleichen müsse, bevor er sie seiner Kasse vorlegen könne. Der Versicherte sei damit dem Risiko ausgesetzt, letztlich einen Teil der Kosten selbst tragen zu müssen. Die Verkürzung der Wartefrist für einen Wechsel von der gesetzlichen in eine private Krankenversicherung von drei Jahren auf ein Jahr stelle letztlich eine Privilegierung der privaten Krankenversicherung dar. Insgesamt betrachtet würden durch die Finanzierungsreform die Arbeitgeber entlastet, während auf Versicherte und Steuerzahler höhere Kosten zukämen. Die Reform habe daher letztlich eine ungerechte Verteilungswirkung.

Die **Fraktion DIE LINKE.** äußerte die Überzeugung, dass mit dem vorliegenden Gesetzentwurf der Ausstieg aus der paritätischen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung vollzogen werde. Arbeitgeber würden geschont, die Versicherten müssten stattdessen zahlen. Mit der Reform werde das bewährte Prinzip der Solidarität abgeschafft. Geringverdienende müssten zukünftig höhere prozentuale Beiträge zahlen als Gutverdiener. Die Maßnahmen seien ungerecht und unsozial. Die pauschal pro Kopf erhobenen Zusatzbeiträge würden die Krankenkassen künftig nötigen, in den Verhandlungen mit den Leistungserbringern auf eine Absenkung von Leistungsstandards hinzuwirken. Es sei zudem widersprüchlich, wenn die Fraktionen der CDU/CSU und FDP einerseits auf eine Neuregelung im Bereich der Kostenerstattung drängten, andererseits aber behaupten, dass sich gegenüber den geltenden Regelungen wenig ändere. Auf Grund der realen Zahlungsfristen für Arztrechnungen sei der einzelne versicherte Patient gezwungen, finanziell in Vorlage zu treten, bevor die Krankenkasse einen Betrag oder Teilbetrag erstatte. Es sei daher gerechtfertigt, hier von dem Prinzip der Vorkasse zu sprechen. Insgesamt führe das GKV-Finanzierungsgesetz dazu, dass auf Millionen von Patienten, Versicherten und Steuerzahlern große finanzielle Belastungen zukämen.

Die **Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN** merkte an, dass die Koalition in erster Linie deshalb auf eine Reform der Versorgungsstrukturen verzichtet habe, um dem Erfordernis der Zustimmung durch den Bundesrat zu entgehen. In der koalitionsinternen Diskussion habe sich offensichtlich die Fraktion der FDP mit ihrem Ziel durchgesetzt, die gesetzliche Krankenversicherung als Solidarsystem auszuhöhlen und langfristig in ein kommerzielles Versicherungssystem zu transformieren. Es sei sozial ungerecht, die finanziellen Lasten der Reform einseitig den Versicherten aufzubürden und gleichzeitig die Arbeitgeber zu entlasten. Dies werde unter anderem dazu führen, dass die Arbeitgeber langfristig ihr Interesse am Gesundheitswesen und auch an effektiven und effizienten Versorgungsstrukturen verlören. Trotz des Sozialausgleichs hätten die erweiterten Möglichkeiten zur Erhebung von Zusatzbeiträgen zusätzliche Belastungen für Geringverdiener zur Folge. Die Finanzierung des Sozialausgleichs sei unsicher, weil sie nur bis zum Jahre 2014 geregelt sei, die weitere Entwicklung aber offen bleibe. Außerdem lehne die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN eine Ausweitung der Möglichkeiten zur Anbietung von Tarifen mit Kostenerstattung ab. Solche Regelungen führten letztlich geradewegs in eine Zwei- oder Mehrklassenmedizin.

B. Besonderer Teil

Zu Artikel 1

Zu Nummer 1 (§ 4 SGB V)

Zu Buchstabe a – neu –

Durch die Neufassung des Satzes 4 werden Erhöhungen der Verwaltungsausgaben, die auf Grund der Durchführung der Sozialversicherungswahlen im Jahr 2011 entstehen, von der Begrenzung der Verwaltungsausgaben ausgenommen, sofern diese als Urwahlen durchgeführt werden. Hierdurch wird sichergestellt, dass die Krankenkassen die entsprechenden Ausgaben nicht durch Einsparungen in anderen Bereichen finanzieren müssen. Dies würde der Bedeutung der Sozialversicherungswahlen nicht gerecht. Eine Erstreckung der Ausnahme auf die Krankenkassen, bei denen die Sozialversicherungswahlen als sogenannte Friedenswahlen durchgeführt werden, ist nicht erforderlich, da bei diesem Verfahren allenfalls sehr geringe Verwaltungsausgaben entstehen.

Der neue Satz 5 trägt dem Umstand Rechnung, dass insbesondere durch das Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung (AMNOG), dessen Entwurf sich derzeit im parlamentarischen Verfahren befindet, sowie durch das vorliegende Gesetz den Krankenkassen und ihren Verbänden zahlreiche neue Aufgaben übertragen werden. Zu erwähnen sind hier insbesondere die Festlegung von Erstattungsbeträgen für Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen durch Preisverhandlungen mit dem pharmazeutischen Unternehmer bzw. durch eine Schiedsstelle, sowie die Aufgaben im Zusammenhang mit der Durchführung des Sozialausgleichs und des Säumnisverfahrens. Soweit für die Erfüllung dieser Aufgaben die Einstellung neuer Beschäftigter unabweisbar erforderlich ist, sind die hiermit verbundenen Mehraufwendungen in erster Linie durch Einsparungen in anderen Bereichen zu decken. Nur wenn eine Krankenkasse nachweist, dass sie trotz Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven mit dem vorhandenen Personalbestand nicht in der Lage ist, ihre gesetzlichen Aufgaben zu erfüllen, ist eine Überschreitung der Verwaltungsausgaben des Jahres 2010 zulässig.

Bei der Änderung in Satz 6 handelt es sich um eine redaktionelle Folgeänderung zu den vorgenannten Änderungen.

Zu Buchstabe b – neu –

Zu Absatz 5 – neu –

In der Vergangenheit ist das Problem aufgetreten, dass Ausgaben der Krankenkassen für Mitgliederwerbung unterschiedlich gebucht werden, je nachdem ob die Mitgliedergewinnung mit eigenen Mitarbeitern oder durch private Dienstleister erfolgt. Während die Ausgaben für private Dienstleister vollständig auf das in den Wettbewerbsgrundsätzen der Aufsichtsbehörden der gesetzlichen Krankenversicherung festgelegte Werbebudget angerechnet werden, ist dies bei den Ausgaben für eigene Vertriebsmitarbeiter nicht der Fall. Hiervon sind insbesondere kleinere und mittelgroße Krankenkassen betroffen, die keine eigenen Vertriebsmitarbeiter beschäftigen. Um diese sachlich nicht vertretbare Ungleichbehandlung zu beseitigen, sind entsprechende Anpassungen des für die Buchung maßgeblichen Kontenrah-

mens als Teil der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung (SRVwV) erforderlich.

Zu Absatz 6 – neu –

Die Kosten für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte und der Telematikinfrastruktur bleiben bei der Feststellung der Verwaltungsausgaben unberücksichtigt (§ 291a Absatz 7 Satz 7 SGB V bzw. Erlass des Bundesministeriums für Gesundheit zur Änderung des Kontenrahmens und der amtlichen Statistik vom 16. Januar 2004).

Die Sonderregelung in Absatz 6 dient darüber hinaus dem Zweck, dass die Krankenkassen zur Verbesserung des Datenschutzes, der Missbrauchsbekämpfung sowie der Verbesserung der Wirtschaftlichkeit die für sie geltenden gesetzlichen Regelungen zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarten umsetzen und mit der Ausgabe der elektronischen Gesundheitskarten an ihre Mitglieder beginnen. Bei Krankenkassen, die die gesetzlichen Vorgaben nicht umsetzen und damit auch die vorgegebenen Möglichkeiten zur Reduzierung des Missbrauchs sowie der Steigerung der Wirtschaftlichkeit nicht nutzen, sollen die Verwaltungskosten im Jahr 2012 gegenüber 2010 um zwei Prozent gekürzt werden. Die Kürzung trifft die nach § 291a Absatz 7 Satz 7 bereinigten Verwaltungsausgaben zusätzlich. Die Bezugsgröße für die Krankenkasse ist die Zahl der Mitglieder nach dem Vordruck KM 6 der Statistik über die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung zum 1. Juli 2011.

Zu Nummer 2a – neu – (§ 8 SGB V)

(Befreiung von der Versicherungspflicht bei Aufnahme einer Teilzeitbeschäftigung nach Elternzeit oder Pflegezeit)

Der Änderungsantrag geht zurück auf die Stellungnahme des Bundesrates zum Entwurf des GKV-Finanzierungsgesetzes der Bundesregierung (Bundesratsdrucksache 581/10).

§ 8 Absatz 1 Nummer 3 sieht derzeit eine Befreiungsmöglichkeit bisher privat Krankenversicherter von der Versicherungspflicht bei einer Reduzierung der Arbeitszeit nur dann vor, wenn unmittelbar vorher mindestens fünf Jahre Versicherungsfreiheit wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze bestand. Personen, die vor dem Bezug von Erziehungsgeld nach dem Bundeserziehungsgeldgesetz (BErzGG) oder von Elterngeld nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz (BEEG) oder vor der Inanspruchnahme von Elternzeit nach dem BErzGG bzw. dem BEEG oder von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz (PflegeZG) versicherungsfrei wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze und privat krankenversichert waren, werden, wenn sie zu einem späteren Zeitpunkt eine Teilzeitbeschäftigung von 50 Prozent oder weniger aufnehmen, von der Regelung bislang nicht erfasst.

Diese Personen wurden mit Aufnahme einer Teilzeitbeschäftigung nach diesen Zeiten versicherungspflichtig in der GKV ohne Befreiungsmöglichkeit, selbst wenn sie während der Elternzeit oder Pflegezeit eine Teilzeitbeschäftigung ausgeübt und von der Befreiungsmöglichkeit nach § 8 Absatz 1 Nummer 2 oder 2a Gebrauch gemacht hatten. Die Befreiung nach den Nummern 2 und 2a erstreckt sich nur auf die Dauer der Elternzeit bzw. Pflegezeit und endet mit der Neuaufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung im Anschluss daran.

Mit der Neuregelung wird künftig auch Personen eine Befreiungsmöglichkeit eingeräumt, die im Anschluss an die Inanspruchnahme von Elternzeit oder Pflegezeit eine Teilzeitbeschäftigung aufnehmen, bei der die Arbeitszeit die Hälfte oder weniger als die Hälfte der regelmäßigen Wochenarbeitszeit vergleichbarer Vollbeschäftigter des Betriebes beträgt und die als Vollbeschäftigung den Eintritt von Versicherungsfreiheit nach § 6 Absatz 1 Nummer 1 SGB V zur Folge hätte. Grundsätzlich ist es weitere Voraussetzung, dass der Beschäftigte seit mindestens fünf Jahren versicherungsfrei wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze ist. Auf diesen Zeitraum werden künftig aber die Zeiten des Bezugs von Erziehungsgeld oder Elterngeld oder der Inanspruchnahme von Elternzeit oder Pflegezeit angerechnet.

Infolge der Anrechnungsregelung in Nummer 3 werden künftig außerdem Personen erfasst, die nach der Inanspruchnahme von Elternzeit oder Pflegezeit zunächst eine Beschäftigung aufgenommen haben, die die Voraussetzungen des § 6 Absatz 1 Nummer 1 erfüllt, und zu einem späteren Zeitpunkt ihre Arbeitszeit entsprechend der Regelung des ersten Halbsatzes herabsetzen. Voraussetzung ist, dass im Zeitraum der letzten fünf Jahre entweder Versicherungsfreiheit nach § 6 Absatz 1 Nummer 1 bestanden hat oder Erziehungsgeld oder Elterngeld bezogen oder Elternzeit oder Pflegezeit in Anspruch genommen wurde.

Auf diese Weise können sich auch Personen von der durch die Aufnahme einer Teilzeitbeschäftigung eintretenden Versicherungspflicht in der GKV befreien lassen, die vor der Inanspruchnahme von Elternzeit oder Pflegezeit bereits für einen ausreichend langen Zeitraum versicherungsfrei wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze waren und während der Inanspruchnahme von Elternzeit oder Pflegezeit entweder keine Teilzeitbeschäftigung aufgenommen haben oder aber sich gemäß § 8 Absatz 1 Nummer 2 oder 2a von der Versicherungspflicht haben befreien lassen. Die Regelung ist sachgerecht, da sie die Kontinuität in der Krankenversicherung wahrt.

Die Befreiung kann nach der Regelung in § 8 Absatz 2 Satz 3 nicht widerrufen werden. Die Befreiung gilt damit für die gesamte Dauer der Ausübung einer Teilzeitbeschäftigung im Sinne des § 8 Absatz 1 Nummer 3.

Zu Nummer 3a – neu – (§ 13)

(Kostenerstattung)

Die Bedingungen und Folgen der Kostenerstattung für die Versicherten sind weiterhin in einem entsprechenden Beratungsgespräch zu klären. Eines formalisierten schriftlichen Verfahrens bedarf es hier aber nicht.

Die Krankenkasse kann Abschläge für die Verwaltungskosten vornehmen, die in der Höhe auf bis zu 5 Prozent des Erstattungsbetrages begrenzt sind. Abschläge für nicht erfolgte Wirtschaftlichkeitsprüfung sind nicht mehr erforderlich. Bei der Kostenerstattung hat der Versicherte selbst durch Überprüfung der vom Leistungserbringer gestellten Rechnung die Möglichkeit, Leistungspositionen zu hinterfragen und so das wirtschaftliche Handeln des Leistungserbringers zu kontrollieren.

Der ausdrückliche Hinweis, dass Zuzahlungen bei der Erstattung mindernd zu berücksichtigen sind, ist nicht erforderlich. Die Pflicht zur entsprechenden Minderung folgt bereits

aus Satz 9, wonach der Anspruch auf Kostenerstattung nur in Höhe der Vergütung besteht, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte.

Die Mindestbindungsfrist bei der Wahl der Kostenerstattung wird auf ein Kalendervierteljahr verkürzt. Dies gewährleistet größtmögliche Flexibilität bei der Wahl der Kostenerstattung.

Zu Nummer 3b – neu – (§ 43b SGB V)

(Inkassoverfahren bei Krankenhauszuzahlungen)

Zu Buchstabe a – neu –

Redaktionelle Folgeänderung im Hinblick auf die Regelung zu Buchstabe b.

Zu Buchstabe b – neu –

Die Änderung stellt klar, dass im Anschluss an ein vom Krankenhaus erfolglos betriebenes Einziehungsverfahren die Krankenkasse für die Durchführung eines erforderlichen Vollstreckungsverfahrens gegenüber dem Versicherten zuständig ist. Damit werden die maßgeblichen Zuständigkeiten für die Einziehung und das Vollstreckungsverfahren der Krankenhauszuzahlungen transparent abgegrenzt. Die nach Satz 3 und 4 mit Inkassoaufgaben betrauten und insoweit beliehenen Krankenhäuser betreiben somit das Forderungsmanagement für Krankenhauszuzahlungen. Da nach öffentlich-rechtlichem Vollstreckungsrecht Krankenhäuser jedoch nicht – auch nicht als Beliehene – die für die Vollstrekkung maßgeblichen Schritte einleiten können, ist dies Aufgabe der zuständigen Krankenkasse. Damit werden die derzeit bei der Vollstreckung rückständiger Zuzahlungen bei Krankenhausbehandlung bestehenden Schwierigkeiten behoben.

Zu Buchstabe c – neu –

Die Erhaltung des Vorwegabzuges schafft den notwendigen Anreiz, dass die Krankenhäuser das ihnen übertragene Einziehungsverfahren umfassend und zügig durchführen. Es wird jedoch klargestellt, dass der Vergütungsanspruch des Krankenhauses abweichend von Satz 1 nach erfolgloser Einziehung der Zuzahlung durch das Krankenhaus nicht verringert wird. Das gilt auch dann, wenn im Anschluss an eine erfolglos gebliebene Einziehung der Zuzahlung durch das Krankenhaus die zuständige Krankenkasse das Vollstreckungsverfahren nach Satz 8 durchführt. Ist das Vollstreckungsverfahren erfolgreich, erhält die Krankenkasse den Zuzahlungsbetrag. Es bedarf keiner Verringerung des Vergütungsanspruches des Krankenhauses. Bleibt eine Vollstreckung durch die Krankenkasse hingegen erfolglos, besteht kein Anlass, den Ausfall der Zuzahlung dem Krankenhaus anzulasten. Dies gilt auch für den Fall, das die Krankenkasse aus bestimmten Gründen von der Durchführung der Vollstreckung absieht.

Zu Nummer 3c – neu – (§ 53 SGB V)

(Wahltarife)

Zu Buchstabe a – neu –

Redaktionelle Änderung zu § 13 Absatz 2.

Zu Buchstabe b – neu –

Die Mindestbindungsfrist für Wahltarife (mit Ausnahme der Tarife nach Absatz 3) beträgt derzeit drei Jahre. Eine Reduzierung der Mindestbindungsfrist für die Tarife nach Absatz 2 (Prämienzahlung), Absatz 4 (Kostenerstattung) und Absatz 5 (Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen) auf ein Jahr stärkt die Wahlfreiheit der Versicherten. Die bisherige Mindestbindungsfrist von drei Jahren für alle Wahltarife hat Versicherte tendenziell davon abgehalten, diese in Anspruch zu nehmen. Bei den Tarifen nach Absatz 1 (Selbstbehalt) und nach Absatz 6 (Krankengeld) bleibt wegen der bei diesen Tarifen notwendigen langfristigen Kalkulationsgrundlage für die Krankenkassen die bisher geltende Mindestbindungsfrist von drei Jahren erhalten. Auch an der bisherigen Ausnahme für die Wahltarife nach Absatz 3 (besondere Versorgungsformen) wird festgehalten.

Für die Kündigung der Mitgliedschaft in der Krankenkasse gilt § 175 Absatz 4. Vor Ablauf der Mindestbindungsfrist von 18 Monaten (§ 175 Absatz 4 Satz 1) kann die Mitgliedschaft in der Krankenkasse daher durch eine ordentliche Kündigung nicht beendet werden, selbst wenn die Teilnahme am Wahltarif nach Ablauf der hierfür maßgeblichen Mindestbindungsfrist beendet ist. Gleichzeitig ist die Kündigung der Mitgliedschaft frühestens mit Ablauf der jeweiligen Mindestbindungsfrist des in Anspruch genommenen Wahltarifs zulässig. Sofern für den Wahltarif eine Mindestbindungsfrist von drei Jahren einzuhalten ist, kann die Mitgliedschaft in der Krankenkasse damit regulär nicht vor Ablauf dieser Frist beendet werden. Allerdings kann – entgegen der bisherigen Regelung – das Sonderkündigungsrecht gemäß § 175 Absatz 4 Satz 5 bei Erhebung oder Erhöhung eines Zusatzbeitrags oder Verringerung der Prämienzahlung künftig auch dann ausgeübt werden, wenn ein Mitglied einen Wahltarif abgeschlossen hat. Bisher waren die Mitglieder trotz der Erhebung oder Erhöhung eines Zusatzbeitrags an ihre Krankenkasse für die Laufzeit des von ihnen gewählten Wahltarifs gebunden. Auch wird mit dieser Neuregelung sichergestellt, dass die Option für einen entsprechenden Wahltarif den Krankenkassenwettbewerb nicht unzulässig einschränkt. Von dem Sonderkündigungsrecht bleiben Mitglieder mit einem Wahltarif nach Absatz 6 (Krankengeld) ausgenommen im Hinblick auf die diese Tarife betreffenden Rechtsänderungen, die mit dem Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften vom 17. Juli 2009 (BGBl. I S. 1990) vorgenommen wurden.

Zu Buchstabe c – neu –

Das Verbot der Quersubventionierung der Wahltarife durch den allgemeinen Haushalt der Krankenkassen wird nach geltender Rechtslage von den Aufsichtsbehörden überwacht. Nach geltender Rechtslage prüfen die Aufsichtsbehörden im Rahmen der Genehmigung des Wahltarifs auch die Tragfähigkeit der von der Krankenkasse vorgenommenen Kalkulation. Der neue Satz 3 in Absatz 9 sieht darüber hinaus vor, dass künftig die Einhaltung dieses Verbots auch nach versicherungsmathematischen Grundsätzen überwacht werden soll. Deshalb sollen die Krankenkassen der zuständigen Aufsichtsbehörde künftig mindestens alle drei Jahre ein versicherungsmathematisches Gutachten vorlegen müssen. Die Formulierung der Vorschrift orientiert sich an der Regelung in § 17 der Versicherungsberichterstattungs-Verord-

nung (BerVersV). Die Prüfung hat durch versicherungsmathematische Sachverständige (Aktuare) zu erfolgen. Bei den Änderungen der Sätze 1 und 2 in Absatz 9 handelt es sich um redaktionelle Klarstellungen im Hinblick auf das Verbot der Quersubventionierung der Wahltarife.

Zu Nummer 5 (§ 73b SGB V)

(Hausarztzentrierte Versorgung)

Zu Absatz 5a

Zu Satz 4

Die Ergänzung dient der Klarstellung, dass in Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung für Leistungen der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Absatz 1 höhere Vergütungen als die in Satz 2 und 3 genannten Vergleichswerte vereinbart werden können, wenn diese höheren Aufwendungen aus Einsparungen und Effizienzsteigerungen finanziert werden, die sich aus Maßnahmen des Vertrages ergeben. Derartige Vereinbarungen sind mit dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71 Absatz 2 Satz 2) vereinbar. Ebenso wie für Leistungen nach Absatz 8 steht es den Vertragsparteien auch bei Vergütungsvereinbarungen nach Absatz 5a frei, die höhere Vergütung z. B. als nachträgliche Bonuszahlungen bei Realisierung von Einsparungen zu vereinbaren. Maßgeblich ist, dass die vertraglichen Regelungen die Einhaltung des Grundsatzes der Beitragsatzstabilität sicherstellen. Dies ist z. B. dann gegeben, wenn vertraglich sichergestellt ist, dass die nachträglichen Bonuszahlungen nur bei nachgewiesener Realisierung der Einsparungen ausgezahlt werden. Es ist Aufgabe der Aufsichtsbehörde, bei Vorlage des Vertrages zu prüfen, ob eine entsprechende vertragliche Sicherstellung vorliegt. Es obliegt ihr zudem, die Einhaltung der vertraglichen Vereinbarungen zu überwachen. Die Bundesregierung wird in einem kommenden Gesetzgebungsverfahren prüfen, welche Gesetzesänderungen im Bereich der Datenübermittlung erforderlich sind, um in geeigneter Form die Transparenz hinsichtlich etwaiger Einsparungen und Effizienzsteigerungen für beide Vertragspartner herzustellen.

Zu Satz 5

Durch die Verlängerung der Bestandsschutzregelung bei Anschlussverhandlungen wird sichergestellt, dass – wie im Koalitionsvertrag vorgesehen – nach drei Jahren eine Bewertung der Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung möglich ist, ohne dass das Ergebnis der Bewertung durch zwischenzeitliche Änderungen der für die hausarztzentrierte Versorgung maßgeblichen Regelungen erschwert wird. Die Verlängerung des Bestandsschutzes bis zum 30. Juni 2014 trägt dem Umstand Rechnung, dass zusätzlich zu den drei Jahren auch die Bewertung selbst einen gewissen Zeitrahmen erfordert.

Zu Nummer 6 (§ 85 SGB V)

(Begrenzung des Honoraranstiegs der Vertragszahnärzte; Abzug statt Halbierung der Grundlohnrate)

Durch die Buchstaben a und b wird in Bezug auf die vertragszahnärztlichen Vergütungsvereinbarungen für das Jahr 2011 vorgegeben, dass als Obergrenze für Punktwert- und Gesamtvergütungsveränderungen nicht die halbierte, sondern die um 0,25 Prozentpunkte verminderte Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 Anwendung findet. Für das Jahr 2012 wird anstelle der halben die um 0,5 Prozentpunkte verminderte Veränderungsrate vorgegeben. Hierdurch wird das angestrebte Einsparziel im vertragszahnärztlichen Bereich in den Jahren 2011 und 2012 eingehalten und nicht erhöht. Die aufgrund der positiven konjunkturellen Lage bereits eingetretene bzw. zu erwartende günstigere Entwicklung der Veränderungsrate wird damit berücksichtigt.

Zu Nummer 8 (§ 87d SGB V)

(Vertragsärztliche Vergütung)

Zu Absatz 2

Durch die Änderung wird die lineare Zuwachsrate der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung in den Jahren 2011 und 2012 auf 1,25 Prozent angehoben. Entsprechend erhöht sich in allen Kassenärztlichen Vereinigungen das für die Honorierung der vertragsärztlichen Regelleistungen zur Verfügung stehende Finanzvolumen. Dies dient auch der Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung in denjenigen Regionen, die nicht von der asymmetrischen Zuwachsverteilung profitieren.

Zu Absatz 4

Zu Satz 1

Mit der Änderung wird klargestellt, dass die Ausgabenbegrenzung alle Leistungen umfasst, die tatsächlich außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden.

Zu Satz 2

Die Regelung sieht vor, dass für das Jahr 2011 nicht die halbierte, sondern lediglich die um 0,25 Prozentpunkte verminderte Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 Anwendung findet. Die aufgrund der positiven konjunkturellen Lage bereits eingetretene günstigere Entwicklung der Veränderungsrate wird damit berücksichtigt.

Zu Satz 5

Mit der Ergänzung der Ausnahmeregelung werden auch nichtärztliche Dialyseleistungen von der Regelung zur Ausgabenbegrenzung für Leistungen, die außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden, ausgenommen.

Zu Satz 6

Die Regelung sieht entsprechend der für das Jahr 2011 getroffenen Regelung auch für das Jahr 2012 vor, dass nicht die halbierte, sondern lediglich die um 0,5 Prozentpunkte verminderte Veränderungsrate nach § 71 Absatz 3 Anwendung findet. Die aufgrund der positiven konjunkturellen Lage bereits eingetretene bzw. zu erwartende günstigere Entwicklung der Veränderungsrate wird damit berücksichtigt.

Zu Nummer 10a – neu – (§ 120)

(Pädiatrische Spezialambulanzen)

Die finanzielle Absicherung der pädiatrischen Spezialambulanzen an Krankenhäusern hat eine hohe Bedeutung. Der Gesetzgeber hat deshalb in § 120 Absatz 1a SGB V mit Wirkung ab dem Jahr 2009 eine Vergütungsregelung für die Spezialambulanzen in Kinderkliniken und Krankenhäusern mit entsprechenden Fachabteilungen vorgesehen, um mögliche Versorgungsengpässe bei der fachärztlichen Versorgung von

schwer und chronisch kranken Kindern und Jugendlichen (einschließlich von Untersuchungen von Kindern und Jugendlichen zum Ausschluss solcher Erkrankungen) durch Unterfinanzierungen zu vermeiden. Die Umsetzung dieser Regelung ist jedoch nicht zufriedenstellend. Zum Sommer 2010 liegen erst zwei Vergütungsvereinbarungen in einem einzigen Bundesland vor.

Aufgrund der verzögerten Vereinbarung von ergänzenden Pauschalen für die Vergütung der Leistungen von Spezialambulanzen für Kinder und Jugendliche sind die bisherigen Regelungen zur Bereinigung der Krankenhausbudgets und des Landesbasisfallwerts, die bisher auf eine Bereinigung im Jahr 2009 abstellen, zeitlich anzupassen. Nach Buchstabe a Doppelbuchstabe aa und cc ist eine Bereinigung für das Jahr vorzunehmen, in dem erstmals ergänzende Pauschalen vereinbart werden. Die Bereinigung erfolgt, um den Krankenkassen eine Refinanzierung der ergänzenden Pauschalen zu ermöglichen, da die Krankenkassen die ambulanten Leistungen der Spezialambulanzen bisher über die stationären Vergütungen teilfinanziert haben. Im Konfliktfall gelten die Schiedsstellenregelungen des Krankenhausrechts. Durch Buchstabe a Doppelbuchstabe bb wird aufgrund des Zeitablaufs die gesonderte Bereinigungsregelung für Krankenhäuser aufgehoben, die letztmalig im Jahr 2009 noch unter die Obergrenze für Budgetabsenkungen im Rahmen der Konvergenzphase des DRG-Systems fielen.

Die Vergütungsvereinbarungen sind bislang nicht schiedsstellenfähig. Durch die vorgesehene Änderung in Buchstabe b kann der Krankenhausträger, der sich von einer Unterfinanzierung der Leistungen der Spezialambulanzen betroffen sieht, künftig die Schiedsstelle nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz anrufen, wenn eine Vereinbarung ganz oder teilweise nicht zustande kommt. Die Schiedsstelle hat in diesem Fall vor einer Festsetzung der Vergütung zunächst festzustellen, ob – wie in § 120 Absatz 1a Satz 1 vorgesehen – die ergänzende Pauschale für eine angemessene Vergütung der Behandlung von Kindern und Jugendlichen in der jeweiligen Spezialambulanz erforderlich ist.

Zu Nummer 10b – neu – (§ 129 SGB V)

(Kostenerstattung im Rahmen der Arzneimittelversorgung)

Folgeänderung aus der Änderung der Regelung zur Kostenerstattung in § 13 Absatz 2 SGB V.

Zu Nummer 12a – neu – (§ 194)

(Vermittlung von Zusatzversicherungen durch Krankenkassen)

Die Regelung stellt klar, dass gesetzliche Krankenkassen für Leistungen, die den gesetzlichen Krankenversicherungsschutz ergänzen, private Zusatzversicherungen vermitteln können. Neben den bereits bisher genannten Leistungen zählen hierzu auch Ergänzungstarife zur Kostenerstattung.

Zu Nummer 13 (§ 201)

(Redaktionelle Änderung bzgl. Spitzenverband Bund der Krankenkassen)

Zu Buchstabe a – neu –

Die Formulierung entspricht der Fassung des Gesetzentwurfs zum GKV-Finanzierungsgesetz.

Zu Buchstabe b – neu –

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung. Sie trägt dem Umstand Rechnung, dass die früher von den Spitzenverbänden der Krankenkassen wahrgenommenen gesetzlichen Aufgaben seit dem 1. Juli 2008 auf den Spitzenverband Bund der Krankenkassen übergegangen sind.

Zu Nummer 16 (§ 221b SGB V)

(Leistungen des Bundes für Aufwendungen nach § 26 Absatz 4 SGB II)

Für Personen, die keine Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II sind, aber allein durch die Zahlung des kassenindividuellen Zusatzbeitrags hilfebedürftig würden, wird der Zusatzbeitrag in der Höhe, die zur Vermeidung der Hilfebedürftigkeit erforderlich ist, nach § 26 Absatz 4 des Zweiten Buches von der Bundesagentur für Arbeit gezahlt. Der Bundesagentur für Arbeit werden diese Aufwendungen. d. h. die erforderlich gewordenen Zahlungen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds erstattet. Dies korrespondiert mit der schon im Gesetzentwurf enthaltenen Regelung, dass die Zusatzbeiträge für Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II aus den Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds aufgebracht werden. Mit der vorliegenden Änderung wird geregelt, dass die Leistungen des Bundes für den Sozialausgleich ab dem Jahr 2015, deren Höhe im Jahr 2014 gesetzlich festgelegt wird, zusätzlich in voller Höhe auch die Zahlungen für Zusatzbeiträge beinhalten, die von der Bundesagentur für Arbeit nach § 26 Absatz 4 des Zweiten Buches gezahlt werden.

Der zusätzliche Zahlbetrag nach Satz 3 bemisst sich nach der vollen Höhe der im Vorjahr aus der Liquiditätsreserve aufgebrachten Mittel sowohl für Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II und Sozialgeld als auch für die an die Bundesagentur für Arbeit erstatteten Beträge zur Vermeidung von Hilfebedürftigkeit, angepasst um die Veränderungsrate des durchschnittlichen Zusatzbeitrags nach § 242a des Folgejahres gegenüber dem Vorjahr.

Außerdem handelt es sich um eine Folgeregelung zum Änderungsantrag bezüglich § 242 Absatz 4 Satz 1 (Klarstellung zu Sozialgeldempfängern).

Zu Nummer 16a – neu – (§ 232a)

(Pauschalierung schwankender Einkommen bei Arbeitslosengeld-II-Empfängern)

Bei schwankenden weiteren beitragspflichtigen Einnahmen (z. B. aus einer Beschäftigung) verursacht die nachträgliche Berichtigung der beitragspflichtigen Einnahmen für den Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende und für die Krankenkassen bzw. den Gesundheitsfonds einen hohen Verwaltungsaufwand bei der Beitragsberichtigung und dem Meldeverfahren von Arbeitslosengeld-II-Beziehern. Zur Verwaltungsvereinfachung sollen schwankende beitragspflichtige Einnahmen, die neben dem Bezug von Arbeitslosengeld II anfallen, deshalb entsprechend den Regelungen in der Verordnung zur Berechnung von Einkommen sowie zur Nichtberücksichtigung von Einkommen und Vermögen beim Arbeitslosengeld II/Sozialgeld, einer (prognostischen) Durchschnittsbetrachtung zugeführt werden. Weicht die tatsächlich erzielte durchschnittliche monatliche weitere beitragspflichtige Einnahme um mehr als 20 Euro von dem zu-

vor gebildeten voraussichtlichen Durchschnittswert ab, ist der tatsächliche Durchschnittswert als beitragspflichtige Einnahme zu berücksichtigen. Geringere Änderungen der Beitragsbemessungsgrundlage würden im Einzelfall maximal zu einer Beitragsdifferenz von 2,98 Euro führen. In der Gesamtzahl der betroffenen Fälle gleichen sich Minder- und Überzahlungen weitgehend aus, so dass der ohne Durchschnittswertbildung entstehende kostenintensive Verwaltungsaufwand nicht gerechtfertigt wäre.

Zu Nummer 18 (§ 242 SGB V)

(Erhebung des kassenindividuellen, höchstens des durchschnittlichen Zusatzbeitrags und Kann-Regelung bei Arbeitslosengeld-II-Beziehern/Klarstellung zu Sozialgeldempfängern/Klarstellung Verspätungszuschlag)

Zu Absatz 4

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass für Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II der durchschnittliche Zusatzbeitrag erhoben wird. Dies wird dahingehend geändert, dass auch für diesen Personenkreis der kassenindividuelle Zusatzbeitrag erhoben wird, jedoch höchstens in der Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrages. Dadurch werden Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Krankenkassen vermieden, da Krankenkassen, die keinen oder einen unterdurchschnittlichen Zusatzbeitrag erheben, für diese Mitglieder nun nicht mehr einen Zusatzbeitrag in Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrages erhalten. Das Bundesversicherungsamt kann im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 252 Absatz 2a ein entsprechendes Verfahren zur Erstattung oder Verrechnung zwischen Gesundheitsfonds und Krankenkassen bestimmen.

Damit korrespondiert eine weitere Änderung: Damit auch Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II (für die der Zusatzbeitrag nach § 251 Absatz 6 aus Mitteln der Liquiditätsreserve übernommen wird) weiterhin einen finanziellen Anreiz haben, in eine kostengünstige Krankenkasse zu wechseln, ist zudem vorgesehen, dass die zuständige Krankenkasse in ihrer Satzung eine für diese Mitglieder einheitliche Regelung vorsehen kann, nach der die mögliche Differenz zwischen dem kassenindividuellen und dem durchschnittlichen Zusatzbeitrag von den genannten Mitgliedern einzufordern ist. Über die Regelung zum Einzug dieses Differenzbetrages entscheiden die Krankenkassen unter Berücksichtigung verwaltungsökonomischer Aspekte eigenständig. Eine Verpflichtung hierzu besteht nicht.

Ferner wird folgende Klarstellung zum betroffenen Personenkreis vorgenommen: Im Gesetzentwurf sind bislang Personen nicht berücksichtigt, die Sozialgeld nach dem Zweiten Buch erhalten und in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig- oder pflichtversichert sind. Das sind diejenigen nichterwerbsfähigen Hilfebedürftigen, die mit einem erwerbsfähigen Hilfebedürftigen in einer Bedarfsgemeinschaft leben und die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung familienversichert sind. Dieser Personenkreis ist wie Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II hilfebedürftig im Sinne des Zweiten Buches und kann den Zusatzbeitrag nicht selber tragen, da der Regelsatz den Zusatzbeitrag nicht umfasst. Es wird deshalb klargestellt, dass auch für diesen Personenkreis der kassenindividuelle Zusatzbeitrag bis zur Höhe des durchschnittlichen Zusatzbeitrages nach § 242a erhoben und aus den Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds aufgebracht wird. Damit wird eine Gleichbehandlung mit Arbeitslosengeld-II-Bezieherinnen und -Beziehern sichergestellt.

Zu Absatz 5

Die bisherige Regelung wurde um einen Hinweis ergänzt, dass auch von versicherungspflichtigen Mitgliedern nach § 5 Absatz 1 Nummer 8 keine Zusatzbeiträge erhoben werden. Hierbei handelt es sich um behinderte Menschen, die in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, die ein Fünftel der Leistung eines voll erwerbsfähigen Beschäftigten in gleichartiger Beschäftigung entspricht. Insoweit erfolgt für diesen Personenkreis eine Gleichstellung mit behinderten Menschen, die in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in Blindenwerkstätten im Sinne des § 143 des Neunten Buches oder für diese Einrichtungen in Heimarbeit tätig sind (vgl. § 5 Absatz 1 Nummer 7). Für diese Personen sah das GKV-FinG bislang schon vor, dass für sie kein Zusatzbeitrag erhoben wird.

Darüber hinaus wurde die in Absatz 5 getroffene Regelung um eine Klarstellung dahingehend ergänzt, dass von den genannten Personenkreisen nur dann keine kassenindividuellen Zusatzbeiträge erhoben werden, soweit und solange sie über keine wieteren beitragspflichtigen Einnahmen verfügen. Der Bezug weiterer beitragspflichtiger Einnahmen rechtfertigt auch für diese Personenkreise die Erhebung von Zusatzbeiträgen. Bei den Mitgliedern, von denen nach Absatz 5 ein Zusatzbeitrag nicht erhoben wird, sind die dort genannten Leistungen im Rahmen der Durchführung des Sozialausgleichs nicht zu berücksichtigen; folglich sind insoweit die Träger dieser Leistungen von der Durchführung des Sozialausgleichs nicht betroffen. Die Regelung umfasst zudem nunmehr ausdrücklich auch die freiwilligen Mitglieder bei Erfüllung sonstiger Tatbestände des § 192 Absatz 1 Nummer 2 oder 3.

Zu Absatz 6

Die Sanktionsregelung des Absatzes 6 wurde dahingehend ergänzt, dass ein Verspätungszuschlag zu erheben ist, wenn ein Mitglied insgesamt für jeweils sechs Monate mit der Zahlung des kassenindividuellen Zusatzbeitrags säumig ist. Die Regelung stellt klar, dass von diesem Sanktionsinstrument mehrfach Gebrauch gemacht werden kann, wenn das Mitglied seinen Zahlungsverpflichtungen dauerhaft nicht nachkommt. Vor diesem Hintergrund wird die Mindesthöhe des Verspätungszuschlags auf 20 Euro gesenkt.

Zu Nummer 19 (§ 242b SGB V)

(Grundsicherung im Alter/Meldungen des durchgeführten Sozialausgleichs an den Gesundheitsfonds/ Anpassung von Bemessungsgrundlagen an bestehendes Beitragsrecht/Klarstellung zur Sperrzeit)

Zu Absatz 1

Der Bezug auf die Vorschrift des § 233, die den Eigenarten der Beschäftigungsverhältnisse in der Seefahrt Rechnung trägt, wurde gestrichen. Das gewünschte Ergebnis, auch beim Sozialausgleich ausschließlich auf die beitragspflichtigen Einnahmen von Seeleuten nach § 233 abzustellen, ist bereits durch die Vorschrift des § 28a Absatz 4a des Vierten

Buches sichergestellt. Diese Norm sieht bei mehreren beitragspflichtigen Einnahmen eine monatliche Meldung des Arbeitgebers des rentenversicherungspflichtigen Entgelts vor, welches der für den Sozialausgleich maßgeblichen Durchschnittsheuer entspricht. Die entsprechende Änderung war auch in Absatz 2 nachzuvollziehen.

Für versicherungspflichtige Mitglieder nach § 5 Absatz 1 Nummer 13 gelten die beitragsrechtlichen Regelungen für freiwillige Mitglieder entsprechend. So genannte Versorgungsbezüge und Arbeitseinkommen sind für freiwillige Mitglieder unabhängig von ihrer Höhe beitragspflichtig, eine Beitragsfreigrenze wie bei pflichtversicherten Mitgliedern existiert nicht. Ohne die vorgenommene Klarstellung würde die nicht gewünschte Folge eintreten, dass für diese Personengruppe für den Sozialausgleich andere Bemessungsgrundlagen gelten würden, als sie für die Beitragseinstufung zu berücksichtigen sind.

Mit dem Verweis auf § 232a Absatz 1 Satz 3 wird klargestellt, dass für versicherungspflichtige Mitglieder nach § 5 Absatz 1 Nummer 2, die Arbeitslosengeld nur deshalb nicht beziehen, weil der Anspruch ab Beginn des zweiten Monats bis zur zwölften Woche einer Sperrzeit (§ 144 des Dritten Buches) oder ab Beginn des zweiten Monats wegen einer Urlaubsabgeltung (§ 143 Absatz 2 des Drittes Buches) ruht, die Leistungen als bezogen gelten. Dadurch wird erreicht, dass bei der Ermittlung der Belastungsgrenze für den Sozialausgleich nicht auf 80, sondern auf 67 Prozent des der ruhenden Leistung zugrunde liegenden Arbeitsentgeltes abgestellt wird. Damit wird eine Gleichbehandlung dieses Personenkreises mit Beziehern von Arbeitslosengeld sichergestellt.

Zu Absatz 2

Es wird klargestellt, dass der über der anteiligen Belastungsgrenze liegende Anteil einer Einmalzahlung mit dem für das Mitglied jeweils geltenden Beitragssatz zu verbeitragen ist. Die Klarstellung ist erforderlich, da für bestimmte Mitglieder nicht der allgemeine Beitragssatz nach § 241, sondern der ermäßigte Beitragssatz nach § 243 anzuwenden ist.

Zu Absatz 6

Es handelt sich um eine redaktionelle Klarstellung. Die Leistungen für Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung umfassen nach § 42 Nummer 4 im Vierten Kapitel des Zwölften Buches die Übernahme von Krankenversicherungs- und Pflegeversicherungsbeiträgen entsprechend § 32 im Dritten Kapitel des Zwölften Buches. Insoweit war schon mit der Formulierung des § 242b Absatz 6 SGB V in der Fassung des Entwurfs des GKV-Finanzierungsgesetzes beabsichtigt, dass nicht nur Bezieherinnen und Bezieher von Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem dritten Kapitel, sondern auch von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Vierten Kapitel von der Regelung erfasst sind. Mit der vorliegenden Änderung wird dies redaktionell ausdrücklich klargestellt; auch für Bezieherinnen und Bezieher von Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach dem Vierten Kapitel des Zwölften Buches wird kein Sozialausgleich durchgeführt, da die Zusatzbeiträge auch für diesen Personenkreis vom Sozialhilfeträger übernommen werden.

Zu Absatz 7 – neu –

Das Bundesversicherungsamt benötigt für die Verwaltung des Gesundheitsfonds Mitteilungen darüber, um welchen Betrag die tatsächlich abgeführten Beiträge nach Durchführung des Sozialausgleichs von den Beiträgen abweichen, die ohne die Durchführung des Sozialausgleichs zu zahlen gewesen wären. Diese Information ist insbesondere erforderlich, um die Höhe der Aufwendungen für den Sozialausgleich festzustellen, die nach § 271 Absatz 2 aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zu decken sind und für die der Bund nach § 221b ab dem Jahr 2015 Zahlungen an den Gesundheitsfonds leistet. Die entsprechenden Mitteilungen an das Bundesversicherungsamt sind von allen Stellen, die ggf. einen Sozialausgleich durchführen, zu erstellen. Bei der Rentenversicherung, der Künstlersozialkasse und der Bundesagentur für Arbeit kann eine direkte Meldung an das Bundesversicherungsamt erfolgen, da auch die Beitragszahlung direkt an den Gesundheitsfonds erfolgt. Die Arbeitgeber sind von dieser Änderung nicht betroffen, denn für sie sind diese Meldungen bereits durch eine im Entwurf des GKV-Finanzierungsgesetzes enthaltene Ergänzung des § 28f Absatz 3 SGB IV vorgesehen.

In den übrigen Fällen liegen die erforderlichen Informationen den Krankenkassen vor, die über eine Aufnahme in der entsprechenden Monatsabrechnung an das Bundesversicherungsamt weiterzuleiten sind. Es ist erforderlich, sowohl die nach Durchführung des Sozialausgleichs geminderten Beiträge als auch die nach Absatz 3 Satz 4 zusätzlich weitergeleiteten Beträge getrennt voneinander mitzuteilen.

Zudem erfolgen bei der Überprüfung nach Absatz 3 Satz 6, beim Antragsrecht nach Absatz 5 sowie nach Absatz 8 für das Jahr 2011 rückwirkende Erstattungen bzw. Nachforderungen im Rahmen des Sozialausgleichs durch die zuständige Krankenkasse. Die entsprechend durch die Krankenkassen im Verrechnungsverfahren geminderten oder erhöhten Beträge sind ebenfalls dem BVA mitzuteilen.

Zu Absatz 8

Redaktionelle Folgeänderung.

Zu Nummer 21 (§ 251 Absatz 6 SGB V)

(Aufbringung des Zusatzbeitrages bei Arbeitslosengeld-II-Empfängern und im Falle des § 26 Absatz 4 SGB II)

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass der Zusatzbeitrag für Mitglieder, für die ein Zusatzbeitrag nach § 242 Absatz 4 Satz 1 erhoben wird, aus den Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds nach § 271 Absatz 2 aufgebracht wird. Mit dieser Änderung wird geregelt, dass dies auch für Mitglieder gilt, deren Zusatzbeiträge nach § 26 Absatz 4 des Zweiten Buches von der Bundesagentur für Arbeit in der erforderlichen Höhe gezahlt werden; für diese Mitglieder werden die Zusatzbeiträge also nur in der Höhe aus den Mitteln der Liquiditätsreserve aufgebracht, in der sie von der Bundesagentur für Arbeit tatsächlich gezahlt wurden.

Des Weiteren wird die Regelung, dass von versicherungspflichtigen Mitgliedern nach § 5 Absatz 1 Nummer 8 keine Zusatzbeiträge erhoben werden, in dieser Vorschrift redaktionell nachvollzogen (vgl. § 242 Absatz 5).

Schließlich wird durch die Änderung klargestellt, dass sich die Aufbringung des Zusatzbeitrages für Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II aus der Liquiditätsreserve nach Satz 2 nur auf den in § 242 Absatz 4 Satz 1 genannten Betrag bezieht. Die Differenz, die eine Krankenkasse nach

§ 242 Absatz 4 Satz 2 von diesen Mitgliedern einheitlich erheben kann, wenn der kassenindividuelle Zusatzbeitrag höher als der durchschnittliche Zusatzbeitrag ist, ist hingegen vom Mitglied allein zu tragen.

Zu Nummer 22 (§ 252 SGB V)

(Zahlungen des Gesundheitsfonds im Falle des § 26 Absatz 4 SGB II/Reihenfolge Schuldentilgung/Klarstellung)

Zu Buchstabe a

Entspricht der Fassung des Entwurfs des GKV-Finanzierungsgesetzes. Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung an die Weiterentwicklung der Zusatzbeiträge.

Zu Buchstabe b

Zu Absatz 2a

Es handelt sich um eine Sondervorschrift in Verbindung mit § 242 Absatz 4. Als Folge der Änderung des § 242 Absatz 4 war auch diese Vorschrift gegenüber der Fassung des Entwurfs des GKV-Finanzierungsgesetzes entsprechend anzupassen.

Darüber hinaus wird klargestellt, dass der Gesundheitsfonds keine Beiträge eines Dritten an die Krankenkassen weiterleitet, da diese Beiträge aus den Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds aufgebracht werden. Hierdurch wird zudem vermieden, dem Verfahren unnötig vorwegzugreifen, welches das Bundesversicherungsamt im Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen näher bestimmen soll.

Zu Absatz 2b – neu –

§ 251 wird dahingehend geändert, dass die Zusatzbeiträge auch für Mitglieder, deren Zusatzbeiträge nach § 26 Absatz 4 des Zweiten Buches von der Bundesagentur für Arbeit in der erforderlichen Höhe gezahlt werden, in der erforderlichen Höhe aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds aufgebracht werden. Die Zahlung für die Aufwendungen, die der Bundesagentur für Arbeit nach § 26 Absatz 4 des Zweiten Buches entstanden sind, erfolgt jeweils spätestens am drittletzten Bankarbeitstag eines Kalenderjahres an die Bundesagentur für Arbeit. Das Nähere über das Verfahren bestimmt das Bundesversicherungsamt im Benehmen mit der Bundesagentur für Arbeit; das Verfahren kann im Hinblick auf die Zahlung unter dem Gesichtspunkt der Verwaltungsvereinfachung auch eine pauschalierende Lösung vorsehen.

Zu Buchstabe c – neu –

Der in § 242 Absatz 6 – neu – des Gesetzentwurfs vorgesehene Verspätungszuschlag muss in der in § 252 Absatz 3 getroffenen Regelung zur Tilgungsreihenfolge berücksichtigt werden. Da der Verspätungszuschlag im unmittelbaren Zusammenhang mit den Zusatzbeiträgen steht und für deren Zahlung von erheblicher Bedeutung ist, wird der Verspätungszuschlag in der Reihenfolge direkt hinter dem Zusatzbeitrag vorgesehen.

Zu Nummer 25 (§ 271 SGB V)

(Zahlungen für die Aufwendungen der BA nach § 26 Absatz 4 SGB II/Klarstellung zu den Einnahmen des Gesundheitsfonds/redaktionelle Anpassung)

Zu Buchstabe a

Zu Doppelbuchstabe aa

Für Personen, die keine Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II sind, aber allein durch die Zahlung des kassenindividuellen Zusatzbeitrags hilfebedürftig würden, wird der Zusatzbeitrag in der Höhe, die zur Vermeidung der Hilfebedürftigkeit erforderlich ist, in Zukunft immer nach § 26 Absatz 4 des Zweiten Buches von der Bundesagentur für Arbeit gezahlt. Mit dieser Änderung wird in diesem Zusammenhang geregelt, dass der Bundesagentur für Arbeit diese Aufwendungen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds erstattet werden. Dies korrespondiert mit der schon im Gesetzentwurf enthaltenen Regelung, dass die Zusatzbeiträge für Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II aus den Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds aufgebracht werden.

Zudem handelt es sich um eine redaktionelle Folgeänderung zu dem Änderungsantrag, der eine Neufassung des § 251 Absatz 6 vorsieht.

Zu Doppelbuchstabe cc

Es handelt sich um eine Klarstellung gegenüber dem § 271 Absatz 2 Satz 3 SGB V in der Fassung des Entwurfs des GKV-Finanzierungsgesetzes. Danach sind der Liquiditätsreserve nicht die voraussichtlichen, sondern die tatsächlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds in der Höhe, um die sie die voraussichtlichen jährlichen Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) überschreiten, zuzuführen, also der tatsächlich realisierte Überschreitungsbetrag. Die Einnahmen sind u. a. um die im Rahmen der Verwaltung des Fonds entstehenden Ausgaben zu bereinigen. Zuführungen zur Liquiditätsreserve, die ihrem Aufbau oder der Sicherung ihres Mindestniveaus von 20 Prozent einer durchschnittlichen Monatsausgabe des Gesundheitsfonds dienen, bleiben von der Regelung unberührt.

Diese Regelung hat Auswirkungen auf die Ermittlung der Zuweisungen an die Krankenkassen durch das Bundesversicherungsamt für das Folgejahr jeweils bis zum 15. November eines Jahres. Nach § 40 Absatz 1 Nummer 1 RSAV sind die voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds um die für den Aufbau der Liquiditätsreserve vorgesehenen Einnahmen zu bereinigen, also neben den bereits nach derzeit geltendem Recht genannten Zwecken (s. § 271 Absatz 2 Satz 1 und 2, u. a. Sicherung ihres Mindestniveaus von 20 Prozent einer durchschnittlichen Monatsausgabe des Gesundheitsfonds nach Ablauf des Geschäftsjahres 2012) künftig auch um den Betrag, um den die voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds die voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkassen überschreiten. In diesen Fällen ist das den Krankenkassen für ein Ausgleichsjahr zur Verfügung zu stellende Zuweisungsvolumen auf die voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkassen begrenzt. Das Zuweisungsvolumen bleibt auch im Jahresausgleich unverändert (s. § 41 Absatz 2 Nummer 1 RSAV).

Da in diesen Fällen die voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkassen das Zuweisungsvolumen bestimmen, muss dieser Wert bei der tatsächlichen Zuführung zur Liquiditätsreserve den tatsächlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds bezogen auf dasselbe Ausgleichsjahr gegenübergestellt werden.

Die Regelung ist zu unterscheiden von § 242a SGB V, der für die Festlegung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags für das Folgejahr nicht auf die tatsächlichen, sondern auf die voraussichtlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds abstellt. Bei der Ermittlung der voraussichtlichen Einnahmen im Sinne des § 242a SGB V bleiben die im Hinblick auf die Durchführung des Sozialausgleichs erwarteten Verringerungen der Beiträge nach § 242b SGB V außer Betracht. Die für den Sozialausgleich erforderlichen Aufwendungen werden im jeweils laufenden Jahr vollständig aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds gedeckt (§ 271 Absatz 2 Satz 1 SGB V in der Fassung des Entwurfs des GKV-Finanzierungsgesetzes). Bei der Bestimmung des durchschnittlichen Zusatzbeitrags gemäß § 242a SGB V werden die voraussichtlichen Einnahmen nur insoweit berücksichtigt, als sie für die Zuweisungen an die Krankenkassen zur Verfügung stehen. Insbesondere werden die Beträge abgezogen, die zum Aufbau der Liquiditätsreserve oder zur Sicherung ihres Mindestniveaus von 20% einer durchschnittlichen Monatsausgabe des Gesundheitsfonds nach Ablauf des Geschäftsjahres 2012 benötigt werden.

Zu Nummer 27 (§ 291a SGB V)

(Telematik: Ausnahme von der Verwaltungskostenbudgetierung)

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung zu Änderungsantrag 1 wegen der neuen Satzzählung.

Zu Artikel 2a – neu – (§ 26 SGB II)

(Übernahme Zusatzbeiträge durch die BA)

Da nach dem Entwurf des GKV-Finanzierungsgesetzes für Personen, die Arbeitslosengeld II beziehen, der Zusatzbeitrag aus den Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds nach § 271 Absatz 2 des Fünften Buches aufgebracht wird, entfällt die bisher in Absatz 4 Satz 1 enthaltene Härtefallregelung für diesen Personenkreis.

Für Personen, die keine Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II sind, aber allein durch die Zahlung des kassenindividuellen Zusatzbeitrags hilfebedürftig würden, wird der Zusatzbeitrag in der Höhe, die zur Vermeidung der Hilfebedürftigkeit erforderlich ist, in Zukunft immer von der Bundesagentur für Arbeit gezahlt. Der Bundesagentur für Arbeit werden diese Aufwendungen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds erstattet.

Zu Artikel 4

Zu Nummer 2 (§ 28a SGB IV)

(Meldegründe)

Zu Buchstabe a

Die Ergänzungen in Nummer 10 dienen folgenden Klarstellungen:

1. dass auch in den Monaten, in denen ein unständig Beschäftigter, der in der Regel ein Mehrfachbeschäftigter ist, nur einer Beschäftigung nachgeht, eine entsprechende Meldung zu erfolgen hat und
2. dass nur in den Fällen, in denen zur gesetzlichen Krankenversicherung beitragspflichtige Einnahmen erzielt werden, eine Meldepflicht eintritt, da dann ggf. ein Sozialausgleich durchzuführen wäre.

Zu Nummer 5 (§ 280 SGB IV)

(Auskunftspflichten des Beschäftigten)

Die Folgeänderung zur Anpassung in Artikel 4 Nummer 2 Buchstabe a (§ 28a SGB IV) dient der Klarstellung, dass nur solche Einnahmen dem Arbeitgeber anzuzeigen sind, die zu einer in der gesetzlichen Krankenversicherung beitragspflichtigen Einnahme führen.

Zu Artikel 5 (Siebtes Buch Sozialgesetzbuch)

(Lastenverteilung in der landwirtschaftlichen Unfallversicherung)

Zu Nummer 1 – neu –

Die mit dem Gesetz zur Modernisierung des Rechts der landwirtschaftlichen Sozialversicherung in der landwirtschaftlichen Unfallversicherung eingeführte partielle Lastenverteilung zielt auf eine Verringerung der erheblichen Wettbewerbsverzerrungen bei den Beiträgen zur landwirtschaftlichen Unfallversicherung und damit auf eine Stärkung der innerlandwirtschaftlichen Solidarität ab. Dieses Element zur Reduzierung der Belastungsunterschiede würde in seiner Wirkung erheblich beeinträchtigt, wenn die Ausgleichsmittel auf alle rd. 1,4 Millionen Beitragszahler verteilt werden müssten. Der Gestaltungsspielraum der Satzung in § 183 Absatz 2 SGB VII lässt zwar eine Differenzierung zu. Zur Vermeidung von Rechtsunsicherheit wird er jedoch vorsorglich dahingehend konkretisiert, dass das Umlageprinzip der landwirtschaftlichen Unfallversicherung eine undifferenzierte Mittelverteilung nicht gebietet. Da in den Vorschriften für das Rechnungswesen der gesetzlichen Unfallversicherung nicht eindeutig geregelt ist, ob es sich bei den Zahlungen zur Lastenverteilung um umlagewirksame Einnahmen oder Ausgaben handelt, wird ferner festgelegt, dass die Zahlungen bei der Umlage zu berücksichtigen sind.

Zu Nummer 2

Die Regelung entspricht inhaltlich der Fassung des Gesetzentwurfs zum GKV-Finanzierungsgesetz.

Zu Artikel 7

Zu Nummer 1 (Künstlersozialversicherungsgesetz)

(Meldung der Künstlersozialkasse an das Bundesversicherungsamt)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu dem Änderungsantrag, der sich auf § 242b SGB V bezieht. Die darin vorgesehene Neufassung des § 242b Absatz 7 SGB V regelt, dass die Stellen, die den Sozialausgleich durchführen, Meldungen über die Beiträge übermitteln müssen, die ohne die Durchführung des Sozialausgleichs abzuführen gewesen wären. Diese Information ermöglicht die Erfassung der Höhe der Aufwendungen für den Sozialausgleich. Da diese Meldung auch seitens der Künstlersozialkasse zu erfolgen hat, muss

auf den entsprechenden Absatz auch im Künstlersozialversicherungsgesetz Bezug genommen werden. Der bisherige Absatz 7 in § 242b SGB V wird Absatz 8 – neu –, so dass dieser Verweis ebenfalls entsprechend angepasst wird.

Zu Artikel 8

(§§ 4, 7, 10 und Anlage 1 Formblatt B2 KHEntgG)

(Erweiterung der Ausnahmen vom Mehrleistungsabschlag; Pflegestellen-Förderprogramm; Abzug statt Halbierung der Grundlohnrate; Technische Korrekturen beim Erlösabzug und der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts)

Zu Nummer 1 (§ 4 KHEntgG)

Mit Nummer 1 Buchstabe a erfolgt eine Änderung hinsichtlich der Ermittlung des Erlösbudgets. Es wird festgelegt, dass und Zu- und Abschläge – entsprechend der Abgrenzung des Erlösbudgets in § 4 Absatz 1 Satz 2 – nicht Bestandteile des Erlösbudgets sind.

Durch die mit Nummer 1 Buchstabe a erfolgende Aufhebung der durch Absatz 2 Satz 3 bislang vorgegebenen Verminderung des Erlösbudgets um die Summe der Abschläge bei Nichtteilnahme an der Notfallversorgung wird klargestellt, dass das Erlösbudget Art und Anzahl einzelner Fallpauschalen und Zusatzentgelte umfasst, nicht aber Zu- und Abschläge nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 und 7. Damit wird die in § 4 Absatz 1 enthaltene entsprechende Definition des zu vereinbarenden Erlösbudgets und der nicht umfassten Vergütungen durchgehend umgesetzt.

Da sich die für Zwecke des Erlösausgleichs nach Absatz 3 Satz 2 zu ermittelnden tatsächlichen Ist-Erlöse ebenfalls auf die Erlöse aus Fallpauschalen und Zusatzentgelte und nicht auf Zu- und Abschläge beziehen, stimmt die inhaltliche Abgrenzung des vereinbarten Erlösbudgets und der Ist-Erlöse überein. Zu- und Abschläge nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 und 7 haben damit keinen Einfluss auf die Entstehung von Erlösausgleichen nach § 4 Absatz 3.

Durch Buchstabe b werden in Absatz 2a Satz 3 die Ausnahmen vom Mehrleistungsabschlag erweitert. Als konkrete Ausnahme vom Mehrleistungsabschlag sieht Absatz 2a Satz 3 bisher Leistungen mit einem hohen Sachkostenanteil von mehr als zwei Dritteln vor. Dies trifft auf die meisten Zusatzentgelte zu. Durch die Erweiterung werden zudem auch Leistungszuwächse durch zusätzliche Krankenhauskapazitäten (z. B. Ansiedlung einer neuen Fachabteilung) ausgenommen, die durch die Krankenhausplanung oder das Investitionsprogramm des Landes begründet sind. Sofern der Mehrleistungsabschlag in Einzelfällen zu nicht zumutbaren Härten führen würde, insbesondere weil die Finanzierung einzelner Leistungsbereiche ansonsten gefährdet wäre oder Versorgungsprobleme entstünden (z. B. bei Transplantationen oder der Versorgung von Schwerbrandverletzten), wird zudem den Vertragsparteien vor Ort die Möglichkeit eröffnet, Ausnahmen für einzelne Leistungen zu vereinbaren.

In den Berichten des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen nach § 4 Absatz 10 Satz 12 KHEntgG soll die Umsetzung des Pflegestellen-Förderprogramms dargestellt werden. In dem Bericht zum ersten Förderjahr konnten keine Aussagen zum Ausgangspersonalbestand am 30. Juni 2008 und zur jahresdurchschnittlichen Stellenbesetzung für das Jahr 2009 getroffen werden, weil es an den entsprechenden Informationen fehlte. Auch eine Differenzierung der Neueinstellungen nach Voll- und Teilzeitkräften war nicht möglich. Für eine transparente Berichterstattung über die Umsetzung des Pflegestellen-Förderprogramms ist es notwendig, die durch die Krankenhäuser an die Krankenkassen zu übermittelnden Daten konkreter festzulegen, so dass durch die Änderung des Buchstaben c (§ 4 Absatz 10 Satz 11) sowohl die Ausgangsbasis vor Einführung des Förderprogramms als auch dessen Wirkungen besser abgebildet werden können.

Zu Nummer 2 (§ 7 KHEntgG)

Die Auflistung möglicher Zu- und Abschläge wird um den Mehrleistungsabschlag nach § 4 Absatz 2a, den Zu- oder Abschlag bei Konvergenz von besonderen Einrichtungen nach § 4 Absatz 7 und um den krankenhausindividuellen Zuschlag für das Förderprogramm Pflege nach § 4 Absatz 10 ergänzt.

Zu Nummer 3 (§ 10 KHEntgG)

Buchstabe a stellt klar, dass die Verhandlung des Landesbasisfallwerts auf der Erlössumme für Fallpauschalen nach § 10 Absatz 1 Satz 2 aufsetzt, die nicht durch Zu- oder Abschläge nach § 7 Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 verändert ist. Da die Erlössumme für Fallpauschalen somit weder um Abschläge für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung noch um Mehrleistungsabschläge vermindert ist, besteht kein sachlicher Grund einer erhöhenden Berücksichtigung von Abschlägen nach § 10 Absatz 3 Satz 1 Nummer 7. Die Vorschrift wird daher durch Buchstabe b Doppelbuchstabe aa Dreifachbuchstabe bbb aufgehoben.

Durch Buchstabe b Doppelbuchstabe bb und Buchstabe c wird vorgegeben, dass für das Jahr 2011 als Obergrenze für den DRG-Preiszuwachs im akutstationären Bereich und die Ausgabenentwicklung bei Leistungen, die nicht mit DRG-Fallpauschalen vergütet werden, nicht eine halbierte Veränderungsrate nach § 71 SGB V, sondern lediglich die um 0,25 Prozentpunkte verminderte Veränderungsrate, somit ein Wert von 0,9 Prozent Anwendung findet. Für das Jahr 2012 wird eine um 0,5 Prozentpunkte verminderte Veränderungsrate vorgegeben. Hierdurch wird das Einsparziel im Krankenhausbereich durch Begrenzung der Preiszuwächse in den Jahren 2011 und 2012 eingehalten und nicht erhöht. Die aufgrund der positiven konjunkturellen Lage bereits eingetretene bzw. zu erwartende günstigere Entwicklung der Veränderungsrate wird damit berücksichtigt und kommt den Krankenhäusern zugute. Auch Krankenhäuser, die keine Leistungszuwächse verzeichnen, werden damit in die Lage versetzt, Kostensteigerungen besser zu refinanzieren.

Zu Nummer 4 (Anlage 1 Formblatt B2)

Die Buchstaben a bis c sind redaktionelle Folgeänderungen zur Aufhebung von § 4 Absatz 2 Satz 3.

Zu Artikel 10

Zu den Nummern 1 und 2 (§ 6 BPflV)

(Abzug statt Halbierung der Grundlohnrate)

Durch die Nummern 1 und 2 wird vorgegeben, dass für das Jahr 2011 als Obergrenze für den Anstieg der Krankenhausbudgets von psychiatrischen und psychosomatischen Ein-

richtungen und für die Ermittlung der Berichtigungsrate zur anteiligen Tariflohnrefinanzierung nicht eine halbierte Veränderungsrate nach § 71 SGB V, sondern lediglich die um 0,25 Prozentpunkte verminderte Veränderungsrate, somit ein Wert von 0,9 Prozent Anwendung findet. Für das Jahr 2012 wird eine um 0,5 Prozentpunkte verminderte Veränderungsrate vorgegeben. Hierdurch wird das Einsparziel im Krankenhausbereich in den Jahren 2011 und 2012 eingehalten und nicht erhöht. Die aufgrund der positiven konjunkturellen Lage bereits eingetretene bzw. zu erwartende günstigere Entwicklung der Veränderungsrate wird damit berücksichtigt und kommt den Krankenhäusern zugute. Auch Krankenhäuser, die keine Leistungszuwächse verzeichnen, werden damit in die Lage versetzt, Kostensteigerungen besser zu refinanzieren.

Zu Artikel 11 (§ 11b DEÜV)

(Redaktionelle Korrektur zur Datenerfassungs- und -übermittlungsverordnung)

Zum Eingangssatz

Es handelt sich um eine redaktionelle Korrektur.

Zu Artikel 14

Zu Nummer 3

Zu Buchstabe a – neu – (§ 40 RSAV)

(Folgeänderung zur Regelung in § 28q Absatz 1a SGB IV)

Zu Doppelbuchstabe aa – neu –

Redaktionelle Folgeänderung aufgrund der Einfügung des Doppelbuchstaben bb.

Zu Doppelbuchstabe bb – neu –

Durch Artikel 1 Nummer 14 Buchstabe a des Dritten Gesetzes zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vom 5. August 2010 (BGBl. I S. 1127) wurde § 28q SGB IV zum 1. Januar 2011 um einen Absatz 1a ergänzt, nach dem den Trägern der Rentenversicherung und der Bundesagentur für Arbeit die im Zusammenhang mit der Prüfung bei den Einzugsstellen für das Bundesversicherungsamt als Verwalter des Gesundheitsfonds entstehenden Kosten aus den Einnahmen des Gesundheitsfonds zu erstatten sind. Um diese Kosten sind die voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds im Rahmen des § 40 RSAV zu bereinigen, da sie für die Zuweisungen an die Krankenkassen nicht zur Verfügung stehen.

Zu Artikel 15 (Inkrafttreten)

Zu Absatz 2

Redaktionelle Klarstellung. Das vorzeitige Inkrafttreten von Buchstabe b Doppelbuchstabe aa in Artikel 1 Nummer 4, der die Anpassung der Regelung über die bundesdurchschnittliche Veränderungsrate betrifft, gilt auch für den dazu gehörenden Buchstaben a.

Zu Absatz 4

Redaktionelle Folgeänderung. Durch Änderungen in Artikel 8 sind auch bei der Inkrafttretensregelung Anpassungen vorzunehmen, damit die Regelungen zur Begrenzung des Zuwachses der akutstationären Krankenhauspreise und zur Einführung eines Mehrleistungsabschlags für akutstationäre Krankenhausleistungen bereits mit Datum des Kabinettsbeschlusses in Kraft treten.

Zu den Absätzen 6 – neu – und 7

Sowohl das Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung (AMNOG) als auch das Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FinG) ändern den § 13 Absatz 2 SGB V, in dem die Kostenerstattung geregelt ist. Um Kollisionen zwischen beiden Regelungsbefehlen zu vermeiden, wird das Inkrafttreten der Regelung zur Kostenerstattung (§ 13 Absatz 2 SGB V) und der Regelungen, die darauf verweisen, im GKV-FinG um einen Tag verschoben. Die Regelung nimmt dabei die Regelungen des AMNOG mit auf. Damit tritt am 2. Januar 2011 eine konsolidierte Fassung des § 13 Absatz 2 SGB V in Kraft, die sowohl die Regelungen des AMNOG als auch die Regelungen des GKV-FinG beinhaltet.

Das ebenfalls um einen Tag verschobene Inkrafttreten der Änderungen des § 129 Absatz 1 Satz 6 SGB V betrifft Verweisungen auf die Regelung in § 13 Absatz 2 SGB V, die aufgrund der dort vorgenommenen Änderungen ebenfalls angepasst werden müssen.

Berlin, den 10. November 2010

Jens Spahn
Berichterstatter

Dr. Karl Lauterbach
Berichterstatter

Ulrike Flach
Berichterstatterin

Harald Weinberg
Berichterstatter

Birgitt Bender
Berichterstatterin



Gesamtherstellung: H. Heenemann GmbH & Co., Buch- und Offsetdruckerei, Bessemerstraße 83–91, 12103 Berlin, www.heenemann-druck.de
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Postfach 10 05 34, 50445 Köln, Telefon (02 21) 97 66 83 40, Fax (02 21) 97 66 83 44, www.betrifft-gesetze.de
ISSN 0722-8333